



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

Calidad de las notas de enfermería en la Unidad de Tratamientos Intermedios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2016

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Intensivista

AUTOR

Elizabeth Catalina QUISPE PÉREZ

ASESOR

María Josefa ARCAYA MONCADA

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Quispe E. Calidad de las notas de enfermería en la Unidad de Tratamientos Intermedios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2016 [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA ✓

INFORME DE CALIFICACIÓN

LICENCIADA (O) : QUISPE PÉREZ ELIZABETH CATALINA ✓

12-69 TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: ✓ "CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE TRATAMIENTOS INTERMEDIOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2016". ✓

ESPECIALIDAD : ENFERMERÍA INTENSIVISTA ✓

Lima, 26 de julio de 2017

Señor Doctor
JUAN MATZUMURA KASANO
Vice Decano de Investigación y Post Grado
Facultad de Medicina Humana -UNMSM


EXPLASTADO
OASATUL
cd

El Comité de la especialidad de ENFERMERÍA INTENSIVISTA, ✓ ha examinado el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con nota de:

CATORCE (14)


Lic. EVA BERRÍOS PACHECO

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA
Unidad de Post Grado


LIC. CARMEN ROSA DEL CARMEN RAMOS
Programa de Segunda Especialización en Enfermería
Coordinadora

Mary

“Calidad de las Notas de Enfermería en la Unidad de Tratamientos Intermedios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2016”

A mis padres por su abnegado sacrificio y apoyo incondicional, a mi hija que desde mi vientre se convirtió en la razón mas importante para seguir adelante; y a quienes me orientaron para elaborar el presente trabajo de investigación.

AGRADECIMIENTO

A Dios, el ser más divino gracias por darnos la capacidad intelectual y por habernos permitido llegar al lado de nuestros seres queridos a este momento tan anhelado, a pesar de los caminos difíciles de la vida pero sobre todo gracias por hacer de mi una mujer preparada para servir al prójimo.

Mi gratitud a la Lic. ARCAYA MONCADA, María J., y la Lic. CUBA Juana, por su asesoramiento para el desarrollo del trabajo; de igual manera a todas aquellas personas quienes nos apoyaron de diferentes formas para mejorar el contenido y enriquecer así las etapas de la investigación.

A mis padres por darme la herencia más grande de la vida, por el sacrificio económico que significó todos estos años, por el camino que me trazaron, por su comprensión, confianza y cariño que me dieron las armas para enfrentarme a la vida, que con su ejemplo de fortaleza y lucha hemos seguido adelante hasta cumplir este sueño.

Al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) que me permitió y me dio las facilidades para llevar a cabo la etapa de ejecución del trabajo de investigación.

La autora.

ÍNDICE

CARATULA	01
DEDICATORIA	03
AGRADECIMIENTO	04
ÍNDICE GENERAL	05
LISTA DE GRÁFICOS	07
RESUMEN	08
ABSTRAC	09
PRESENTACIÓN	10

CAPÍTULO I **INTRODUCCIÓN**

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.	11
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	15
1.3. JUSTIFICACIÓN.	15
1.4. OBJETIVOS	16
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.	16
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	16

CAPITULO II **MARCO TEÓRICO**

2.1. ANTECEDENTES.	17
2.2. BASE TEÓRICA.	24
2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	53

CAPÍTULO III **METODOLOGÍA**

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.	55
3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.	55
3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.	55
3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	56

3.5. LUGAR DE ESTUDIO.	57
3.6. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.	57
3.7. UNIDAD DE ANÁLISIS.	58
3.8. CRITERIOS DE SELECCIÓN.	58
3.9. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	59
3.10. VALIDACION Y CONFIABILIDAD.	59
3.11. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS	59
3.12. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	60
3.13. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	60

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS	61
4.2. DISCUSIÓN.	63

CAPITULO V

CONCLUSIONES RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

5.1. CONCLUSIONES.	65
5.2. RECOMENDACIONES.	66
5.3. LIMITACIONES.	67

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N°01: Calidad de las notas de enfermería de la unidad de tratamientos intermedios del instituto nacional de enfermedades neoplásicas - 2016.

Gráfico N°02: Calidad en la estructura de las notas de enfermería de la unidad de tratamientos intermedios del INEN.

Gráfico N°03: Calidad del contenido de las notas de enfermería de la unidad de tratamientos intermedios del INEN.

RESUMEN

El presente estudio intitulado “**Calidad de las Notas de Enfermería en la Unidad de Tratamientos Intermedios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – 2016**” de tipo cuantitativa y de corte transversal; descriptiva; su objetivo fue determinar la calidad de las notas de enfermería en la Unidad de tratamientos Intermedios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - 2016. La población estuvo conformada por 63 historias clínicas correspondientes al II semestre, se aplicó una Lista de cotejo, a través de observación directa y evaluación. El análisis y procesamiento de los datos se hizo en el software SPSS versión 21, estadística descriptiva, se realizó pruebas de confiabilidad utilizando el alfa de Cronbach y coeficiente de correlación. Se llegó a las conclusiones: Las notas de enfermería presentan un porcentaje significativo de regular calidad con un 55,0%. El 80,0% tienen una regular calidad en cuanto a su dimensión estructura y el 97,0% de las notas de enfermería estudiadas tienen mala calidad en cuanto a su dimensión contenido (PAE).

Palabras clave: Calidad, notas de enfermería, SOAPIE, Proceso de Atención de Enfermería (PAE), INEN, Unidad de Tratamientos Intermedios (UTI).

ABSTRAC

This study entitled "Quality Nursing Notes Intermediate Treatment Unit of the National Institute of Neoplastic Diseases - 2016" quantitative type and cross-section; descriptival; its objective was to determine the quality of nursing notes in treatments Intermediate Unit of the National Institute of Neoplastic Diseases - 2016. The population consisted of 63 medical records for the second half; a checklist was applied, through observation direct and evaluation. The analysis and data processing was done in SPSS version 21 software, descriptive statistics, reliability testing was performed using Cronbach's alpha and correlation coefficient. It came to the conclusions: The nursing notes have a significant percentage of average quality with 55.0%. 80.0% have a regular quality in terms of its scale structure and 97.0% of the studied nursing notes have poor quality in terms of content dimension (PAE).

Keywords: Quality, nursing notes, SOAPIE, Nursing Care Process (SAP), INEN, Intermediate Treatment Unit (ICU).

PRESENTACIÓN

Las notas de enfermería son la evidencia escrita del cuidado que brinda el profesional de enfermería, constituyen un registro de calidad que como fuente de información y comunicación permite dar continuidad al cuidado, avala el trabajo del profesional de enfermería, ofrece cobertura legal a sus actuaciones y sirve de argumento para solicitar si es necesario el incremento del recurso humano.

La calidad es un aspecto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de instituir cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los usuarios

La calidad del cuidado tiene un valor tan importante como la salud; es por ello que el personal de enfermería, como miembro del equipo de salud, debe desarrollar una cultura de calidad y brindar atención con una actitud proactiva.

La presente investigación tiene como finalidad determinar la Calidad de las notas de enfermería en la Unidad de Tratamientos Intermedios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - 2016.

Está estructurada en seis capítulos: Capítulo I Introducción; Capítulo II Marco teórico; Capítulo III Metodología; Capítulo IV Resultados y discusión; Capítulo V Conclusiones y recomendaciones; Referencias bibliográficas y finalmente los Anexos.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

El profesional de enfermería, durante el proceso de su formación adquiere competencias en el ámbito de su ejercicio profesional por lo que realiza funciones en el área asistencial, administración, docencia e investigación; áreas cada vez mas amplias y complejas, determinadas por los constantes avances científicos y tecnológicos de la época, lo que nos obliga a asumir una preparación y capacitación constante, con una base científica mucho mas solida propia capaz de evidenciarse en el cuidado y el uso adecuado de sus registros.

La enfermera en su función asistencial y como miembro del equipo de salud tiene como una de las actividades mas importantes, realizar los registros de enfermería, dentro de los cuales se encuentran la elaboración de las notas de enfermería, en la cual se informa todo lo relacionado con los pacientes en forma clara, completa y eficaz; dejando registrado todas las intervenciones de enfermería llevadas a cabo y las que aun quedan por realizar por parte de las mismas, las observaciones relevantes encontradas en el enfermo e información que permita conocer la evolución del paciente, con la finalidad de garantizar la continuidad de los cuidados y seguridad en el tratamiento, además

de transmitir información válida y confiable al equipo de salud. Toda esta información proporcionará asistencia de calidad, que permita mejorar el estado de salud del paciente, y contribuir a lograr una pronta reincorporación del paciente ante la sociedad, familia, y/o comunidad.

La organización del trabajo, para la atención continua de los pacientes en el servicio de internación se ha establecido en turnos, de manera que el paciente es atendido por diferentes profesionales de enfermería, por lo que hace imprescindible el uso de las notas de enfermería sobre los cuidados que brinda el personal, así como, el cumplimiento en la terapia y sus efectos en la evolución de la enfermedad, ya que las anotaciones clínicas son parte de la actividad diaria del personal de enfermería, como instrumento básico del ejercicio de sus funciones para el cuidado del paciente y a futuro demostrar documentalmente la práctica realizada.

Por su parte Du gas, B. (1), define que las notas de enfermería, como: "La constancia escrita que se deja de los hechos esenciales con el fin de tener un historial continuo de los acontecimientos ocurridos durante un periodo determinado".

Lo que permite concluir que el profesional de enfermería está en la obligación de cumplir, y hacer cumplir correctamente las notas de enfermería, ya que es el único documento que certifica la calidad de la asistencia prestada al enfermo.

Dentro de los servicios de internación en las unidades críticas, el profesional de enfermería de turno realiza diferentes, en las que se incluyen las notas de enfermería; observándose con frecuencia registros incompletos, ausencia de un plan de cuidados, en ocasiones falta de claridad, precisión y aplicación de un modelo científico (SOAPIE). Es posible que el incumplimiento en el diligenciamiento para el registro adecuado de las notas de enfermería esté relacionado a diversos factores; En un estudio realizado en las unidades críticas del Hospital General de Zona # 32 "VILLA COAPA" de México en el año

2009, concluye como primer punto la carga de trabajo, seguido de la falta de unificación de criterios por parte de las supervisoras y jefas de piso, prosiguiendo con el descontrol con respecto a la capacitación brindada al personal y finalmente el desconocimiento de lineamientos establecidos en la Norma Oficial. Asimismo refiere que particularmente en las Unidades Críticas, tienen que ver con la complejidad de la enfermedad del paciente crítico y más aún, si a esto se suman otros factores que hacen que un paciente sea catalogado como paciente crítico, como: ser un paciente pediátrico o padecer también de enfermedades metabólicas, degenerativas, oncológicas, etc; y estos implican no solo brindar cuidados netamente críticos, sino también tener en cuenta, los cuidados propios del problema de base, por ejemplo: En un paciente que padece de cáncer, no solo implica brindar cuidados críticos, sino también cuidados oncológicos; por lo que muchas veces esta situación hace que el personal de enfermería, demande de más tiempo para realizar actividades asistenciales que administrativas.

Es por eso que las notas de enfermería en las áreas críticas muchas veces contienen información insuficiente sobre el estado de salud del paciente, no todos los cuidados realizados están registrados; son muy pobres en su contenido, no se hace uso del SOAPIE, no se evidencia un plan de cuidados y con mucha frecuencia quedan sin anotar importantes observaciones; asimismo algunas notas de enfermería no muestran adecuado orden de registro y de legibilidad, los cuales pueden causar confusiones en cuanto a la continuidad en los cuidados que se brinda al paciente, por lo tanto; el contenido pobre de las notas de enfermería dificulta apreciar la condición del paciente, datos que son considerados importantes y que pueden ser utilizados para introducir modificaciones en las acciones terapéuticas y los cuidados de enfermería. Lo que permite señalar que un registro de enfermería mal estructurado o incompleto, no elaborado por falta de tiempo y por

exceso de trabajo, dificulta apreciar la continuidad de la asistencia al finalizar cada turno, igualmente imposibilita establecer prioridades en las necesidades del enfermo al realizar la planificación de los cuidados de enfermería.

Según Carpenito L. (2) “El registro de los cuidados deberá ser pertinente y conciso, debiendo reflejar las necesidades, problemas, capacidades y limitaciones que tiene el paciente”.

Es decir las notas de enfermería deben contener la mayor cantidad de información acerca del paciente, de esta manera se informa a todos los profesionales que intervengan con el tratamiento del mismo, sirviendo base de datos al médico tratante para planear el régimen terapéutico a seguir, y a la enfermera que recepciona en turno, para que planifique los cuidados de enfermería.

En las anotaciones de enfermería se evidencian las competencias de la enfermera y la calidad de atención que se brinda en la institución. Es así como esta información constituye un canal de comunicación entre los diferentes profesionales y facilitan la toma de decisiones en forma oportuna. “La omisión de las anotaciones podrían acarrear implicaciones legales, por lo que las notas de enfermería constituyen un documento legal en cuanto a la evolución y tratamiento del paciente”. (3)

Así Perry Potter (4) señala que: “Las anotaciones que realiza el personal de enfermería sobre el paciente constituye un medio de comunicación”. “La documentación de enfermería continúa evolucionando viéndose incrementada su importancia, además de ser documentos permanentes, de carácter legal y escrito que comunican información relevante para el tratamiento y rehabilitación del paciente.”

En el Perú observamos que aumentan los problemas legales y las demandas a nivel de los profesionales de la salud y las enfermeras muchas veces se encuentran involucradas, debido a que en la supervisión de las historias clínicas en los procesos legales van desde

la evolución médica, tratamiento, procedimientos realizados al paciente y las notas de enfermería. Las enfermeras se ven inmersas en dicho problema, motivo por el que se tiene que fortalecer las notas de enfermería e implementarlas, poniendo en práctica el Proceso de Atención de Enfermería que actualmente es nuestro respaldo legal.

En general estos hechos revelan que las anotaciones de enfermería requieren ser innovadas, a partir de la reflexión sobre sus competencias personales, así también en las condiciones organizacionales que ofrece la institución. En este escenario urge explorar cuestiones como: ¿Cuánta importancia se le otorga al contenido de las anotaciones de enfermería?, ¿La práctica asistencial de enfermería se ve reflejada en las anotaciones?, ¿Cuál es el contenido de las anotaciones?, ¿Por qué el profesional de enfermería no realiza correctamente las anotaciones?, ¿Cuáles son los factores que influyen en la elaboración de calidad de las notas de enfermería?, ¿Es la actitud del profesional de enfermería que limita su elaboración?

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

Ante lo anteriormente expuesto se consideró conveniente realizar un estudio sobre: ¿Cuál es la calidad de las Notas de Enfermería en la Unidad de tratamientos Intermedios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN.

Las notas de enfermería se constituyen como documentos confiables, que la enfermera utiliza para comunicarse con el equipo de salud; reconocido por las instituciones como el único medio idóneo capaz de acreditar un hecho de relevancia legal y administrativa, que refleja la cantidad y calidad del trabajo de enfermería brindado. “Su utilidad e importancia se centra fundamentalmente en su valor legal por lo que amerita ser elaborado bajo ciertos requisitos, normas y objetivos precisos, que respalda las acciones y procedimientos ejecutados por el profesional de enfermería y como instrumento de gestión e indicador de

calidad; que permite realizar auditorías médicas a fin de evaluar, optimizar y garantizar la calidad de los servicios prestados” (5). Por lo que se considera de vital importancia realizar buenos registros de las anotaciones de enfermería capaces de evidenciar el cuidado prestado. El personal de enfermería de las áreas críticas, muchas veces registran sus actividades así como la evolución y tratamiento del paciente, sin seguir una metodología, solo guiándose en su criterio personal y rutina diaria. Por lo que se pretende mejorar la calidad en la elaboración de las notas de enfermería, que se realizan en las unidades críticas, de tal forma que se muestren los datos subjetivos del paciente, los datos objetivos que registra la enfermera, que se realice diagnósticos de enfermería de las respuestas del paciente, que las intervenciones de enfermería se encuentren registradas en las hojas de enfermería y que se evalúe los resultados de estas intervenciones, para ver si se ha cumplido el objetivo; al mismo tiempo permite la evaluación constante del proceso de enfermería, elemento esencial en la práctica diaria, verificando la calidad de atención brindada al paciente en los servicios de salud.

1.4. OBJETIVOS.

1.4.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar la calidad de las notas de enfermería en la Unidad de tratamientos Intermedios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - 2016

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar la calidad en la estructura de las notas de enfermería.
- Identificar la calidad del contenido de las notas de enfermería.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES.

Luego de realizar la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos relacionados. Así tenemos que:

➤ **A NIVEL NACIONAL.**

- 1. MORALES LOAYZA, Sandra C.** el 2011, en Moquegua - Perú, se realizó un estudio titulado; **“Calidad de las Notas de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos”**. El estudio fue de tipo cuantitativo, prospectivo, de corte transversal; su objetivo fue determinar la calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de los profesionales de enfermería hospitalaria. La población estuvo conformada por 64 historias clínicas correspondientes al I semestre, se aplicó una Lista de cotejo, a través de observación directa y evaluación. Se llegó a las conclusiones:

“Las notas de enfermería presentan un porcentaje significativo de regular calidad con un 54,7%. El 79,7% tienen una regular calidad en cuanto a su dimensión estructura y el 96,9% de las notas de enfermería estudiadas tienen mala calidad en cuanto a su dimensión contenido (PAE)”. (6)

2. MANCO MALPICA, Antonia Maribel, el 2010, en Cañete - Perú, realizo un estudio titulado; “**Características de las anotaciones de enfermería en el servicio de medicina del Hospital Rezola**”. En donde el objetivo es de identificar si las características de las anotaciones de enfermería evidencian cuidado significativo en su dimensión contenido. Identificar si las características de las anotaciones de enfermería evidencian cuidado significativo en su dimensión estructura.

El estudio es de nivel aplicativo tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estaba conformada por todas las historias clínicas realizadas el mes de Mayo y Junio del 2010. La técnica fue el análisis documental y el instrumento una lista de cotejo. Los objetivos del estudio fueron: Identificar si las características de las anotaciones de enfermería evidencian cuidado significativo en su dimensión contenido. Identificar si las características de las anotaciones de enfermería evidencian cuidado significativo en su dimensión estructura. Las conclusiones fueron:

Que del 100% el 71% (53) de las anotaciones de enfermería son completas y el 12%(9) de las anotaciones de enfermería son incompletas. En cuanto a las dimensión contenido de las anotaciones de enfermería del (100%) 75, el 88%(66) son completas y el 12% (9) son incompletas. En relación a la dimensión estructura del (100%) 75, el 79%(59) son completa y el 21% (16) son incompletas. (7)

3. CONDEZO MARTEL, Marina Hermelinda, el 2008 en Lima – Perú, realizó un estudio sobre “**La enseñanza aprendizaje y las anotaciones de Enfermería para una función profesional eficiente**”. En donde el objetivo fue determinar cómo se lleva el proceso de enseñanza aprendizaje generado durante la formación profesional, con la formulación correcta de las anotaciones de Enfermería y si existe una relación correcta en la elaboración de

las anotaciones de Enfermería que realizan los internos de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el INMP, como resultado de su formación profesional. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método experimental. La población fue de 40 internos de Enfermería. Los instrumentos fueron un cuestionario y la lista de cotejo. Las conclusiones entre otras fueron:

“Que los internos de Enfermería no dan cumplimiento al proceso de enseñanza aprendizaje en relación a la correcta elaboración de las Anotaciones de Enfermería. El 70% (28) de las anotaciones que realizan los internos no se evidencia el uso de lapicero con colores oficiales según turno, el 100% (40) no evidencia el registro de la hora del procedimiento realizado en cada acción de enfermería, el 80% (32) no se evidencia el uso de abreviaturas de uso universal, el 52.5% (21) no tiene buena caligrafía, 47.5% (19) no evidencia buena ortografía y el 100% (40) evidencian el registro de firmas, nombre y apellido y utiliza sellos. (8).”

4. **PECHO TATAJE, Mariela Elida**, el 2003, en Ica – Perú, realizó un estudio sobre **“Efectividad de un programa educativo en el mejoramiento del conocimiento y calidad de las anotaciones de enfermería en el Hospital Regional de Ica”**, en donde el objetivo general fue determinar la efectividad de un programa educativo en el mejoramiento de conocimiento y calidad de las anotaciones de enfermería. El Método fue cuasi Experimental, la muestra fue de 60 enfermeras asistenciales que laboran en los diferentes servicios del Hospital llegando a la conclusión de: “Que los resultados obtenidos fueron altamente significativos después de aplicado el programa evidenciando un mejor conocimiento y nivel de calidad de las anotaciones de enfermería comprobando así la efectividad del programa” (9).
5. **ANGLADE VIZCARRA Cinthia**, el 2002, en Lima – Perú. Realizó un estudio titulado **“Características de las anotaciones de enfermería y factores personales e institucionales asociados**

a su elaboración en el Hospital Nacional "Dos de Mayo" cuyo objetivo fue determinar las Características de las Anotaciones de Enfermería y los factores asociados a su elaboración en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. La muestra estuvo constituida por 30 enfermeras y 240 anotaciones de enfermería, el método fue descriptivo de corte transversal, de tipo cuantitativo. Los instrumentos fueron el cuestionario y la lista de chequeo, Entre las conclusiones tenemos:

“Que las anotaciones de enfermería son en un 59,2% medianamente significativa, siendo solo el 14,5% significativa, lo cual evidencia que la atención brindada por la enfermera no ha sido de manera integral, ya que solo se basan en términos generales sobre el paciente. Así también La elaboración de las anotaciones de enfermería se encuentran asociados a los factores personales e institucionales, evidenciando que en la población estos desfavorecen (70%) su elaboración destacando los indicadores interés personal y sobre carga de trabajo respectivamente. Ante los resultados se presentan algunas recomendaciones orientadas a impulsar la práctica de la elaboración de las anotaciones de enfermería e incentivando el interés personal garantizando resultados óptimos a favor de la continuidad en el cuidado del paciente” (10)

➤ **A NIVEL INTERNACIONAL**

- 1. LÓPEZ PÉREZ, Cynthia J. y VILLA SALCEDO, Yeymis** el 2012, en Bogotá - Colombia, realizaron una investigación sobre la **“Evaluación de la calidad de las notas de enfermería en el área de hospitalización en una clínica de tercer nivel de atención de la ciudad Cartagena”**. Que tiene como objetivo conocer la calidad de las notas de enfermería en el área de hospitalización en una clínica de tercer nivel de atención en la ciudad de Cartagena. El tipo de estudio fue de naturaleza Cualitativo – Cuantitativo, observacional, prospectivo y descriptivo De Corte Transversal. La población total es de 26, de las cuales 7 son jefes y 19 auxiliares. La muestra de la

investigación, va ser una muestra aleatoria simple. Los resultados concluyen en:

“Que, el 100% del personal de enfermería, inician de manera adecuada las notas de enfermería; no obstante el 27% y 70% de enfermeros y auxiliares en enfermería correspondientemente, no registran la evolución del paciente durante el turno. El 30% de los auxiliares de enfermería no registra el estado general del paciente, además el 27% y 70% de enfermeros y auxiliares en enfermería correspondientemente, no registran la evolución del paciente durante el turno; el 50% de los enfermeros y el 89% de los auxiliares de enfermería no evidencian en las notas de enfermería una valoración cefalo caudal del paciente; además el 3% y el 35% de enfermeros y auxiliares de enfermería correspondientemente no registran en la nota el estado y la condición en que se deja la paciente en cada turno. Por lo tanto la Enfermería debe estar a la vanguardia de lo que sucede en cuanto al área de cuidado y asesorarse constantemente por otras disciplinas y entes” (11).

- 2. TORRES SANTIAGO, Marisol, ZÁRATE GRAJALES, Rosa Amarilis y MATUS MIRANDA, Reyna**, el 2010, en México, sobre **“Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación”**, en donde el objetivo es de construir y validar un instrumento para evaluar la calidad de los registros clínicos de enfermería. Metodología: Partiendo de la variable calidad de los registros clínicos de enfermería se realizó la búsqueda de información con respecto a la temática en diversas bases de datos, se consultó la Ley General de Salud, la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico, el Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros en México. Así como los estándares para la Certificación de Establecimientos de la Atención Médica del Consejo de Salubridad General. Con ello se consideró la normativa para el llenado del formato de los registros clínicos de enfermería, elaborada por la Subdirección de Enfermería perteneciente a una Unidad Médica de Tercer Nivel

de Atención del sector público. Se construyó un instrumento que mide la calidad de los registros clínicos de enfermería en sus tres dimensiones estructura, continuidad de los cuidados y seguridad del paciente. Conclusiones:

El instrumento reúne los elementos esenciales de confiabilidad y validez así como el poder de discriminación entre las variables intervinientes. Por lo anterior se propone como un instrumento para la evaluación objetiva de los registros clínicos de enfermería en instituciones de salud pública y privada. (12).

3. **MARIOBO VACA, Delma**, el 2008, en La Paz – Bolivia, realizo un estudio sobre la **“Calidad de la hoja de registros de enfermería en el servicio de internación del Instituto Nacional de Oftalmología”**, cuyo objetivo fue de: Establecer la calidad de la Hoja de Registros de Enfermería del servicio de internación del INO de la ciudad de La Paz. El estudio es de tipo cuantitativo descriptivo y de corte transversal, en donde se considero una muestra de 227 registros de enfermería realizados por 16 enfermeras que trabajan en el servicio de internación. Se utilizaron 02 instrumentos de recolección de datos, un cuestionario de conocimientos y una lista de chequeo para medir la calidad de los registros de enfermería, en donde los resultados mas sobresalientes son:

La hoja de registros de enfermería tiene un nivel de no cumplimiento, no hay información suficiente del paciente, el personal de enfermería ya registra los procedimientos antes de realizarlos o espera al final de la jornada laboral, y se justifica por un exceso de trabajo. Por otra parte no conocen las normas para el llenado de los registros en la hoja de enfermería y no están utilizando herramientas con base científica para planificar los cuidados como el proceso de atención de enfermería y el SOAPIE; concluyendo en que los actuales registros no reflejan la calidad de la atención a los usuarios en el proceso asistencial brindando al paciente. (13)

4. **FREITES, Dexi y TORCATT Milagros**, el 2007, en Caracas, realizaron un estudio sobre la **“Información que posee el profesional de enfermería que labora en las unidades clínicas de cirugía del hospital universitario de Caracas sobre los registros de Enfermería”**. El cual tuvo como propósito determinar la información que posee, sobre los registros de enfermería el profesional que labora en las unidades clínicas de cirugía del Hospital Universitario de Caracas. El diseño de la investigación es no experimental, el tipo de estudio fue descriptivo de campo y según la secuencia del estudio fue de tipo trasversal. La población estuvo conformada por 48 enfermeras, que laboran en las unidades clínicas de cirugía en los cuatro turnos, lo que representa el 100% de la población. La muestra quedo constituida por el 63% de la población representado por 30 enfermeras. El instrumento que se uso para recabar los datos fue a través de un cuestionario con 30 Ítems y tres alternativas de selección múltiple.

Durante la estadía laboral en dicha institución, se observo con preocupación que en la historia clínica del paciente, no se consiguen las notas de enfermería debidamente registradas en los formatos respectivos, y de estar presentes en las mismas se evidencian registros con datos incompletos que dificulta apreciar la condición del enfermo. Asimismo, las conclusiones arrojaron que los profesionales de enfermería no tienen claro los lineamientos para la correcta elaboración de los registros, además desconocen los objetivos que persiguen los mismos, y poseen poca orientación sobre las implicaciones legales en que puede incurrir durante el desempeño de sus funciones. Por lo que se recomienda al departamento de enfermería planificar y fomentar actividades en educación continua en servicio, para que el personal adquiera habilidades, destreza y conocimiento sobre los registros de enfermería, ya que estos son necesarios para planificar los cuidados, y de estar ausentes influyen en la calidad de los mismos. (14)

2.2. BASE TEÓRICA.

2.2.1. Notas de Enfermería.

Una nota es la constancia escrita que se deja de los hechos con el fin de tener un historial continuo de los acontecimientos ocurridos durante un periodo determinado.

Las notas de enfermería son un documento que sirven como medio de comunicación sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad de la enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución. Forman parte del trabajo que desarrolla la enfermera en su labor de asistencial de atención a las necesidades de cuidados de los pacientes. Constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, estando integrados en la historia clínica del paciente, lo que conlleva unas repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, que precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos. Las Anotaciones de Enfermería son parte de los registros existentes en enfermería, en la que prescriben actividades importantes comprendidas desde la fase de planificación, ejecución o implementación del proceso de enfermería. Evidenciando las respuestas del paciente a su atención como su progreso hacia los resultados los que deberán ser registrados y destacando la identificación de problemas, las necesidades y resultados durante las 24 horas del día de su intervención.

Kozier define a las anotaciones como: “registro que realiza el personal de enfermería sobre la valoración del estado del paciente, descripciones de los cambios de su estado, tratamiento, administrado así como posibles reacciones y cuidados brindados.”

a. Características de las notas de enfermería.

Utilizar las normas OPCCO que significa:

- **Objetivo:** Se elaborará en base a lo observado y ejecutado, tomando en cuenta reacciones física y emocionales del paciente frente al diagnóstico, tratamientos y procedimientos realizados.
- **Preciso:** Explicar claramente la información que se quiere dar, descartar palabras vagas.
- **Claro:** Utilizar letra clara, buena construcción gramatical, sin faltas de ortografía.
- **Concreto:** No debe ser tan corto porque desvirtúa su propósito, ni tan largo que se pierda el interés por su contenido al leerlo.
- **Organizado:** Que registre los datos más importantes en la evolución de la condición del paciente en sentido cefalo – caudal, las respuestas frente al tratamiento, en la hora que se presenta o se realiza el cuidado. (15)

Además de los informes de enfermería existen otros registros importantes en la historia clínica, tales como: Hoja de signos vitales, balance hídrico.

La enfermera además maneja otro tipo de registros que no son parte del expediente pero ayudan en su trabajo como: Censo diario de paciente, dietas, registros de cirugía, control de equipo y material, parte mensual del servicio, horario de personal.

b. Finalidad de las notas de enfermería.

La finalidad de las notas de enfermería. Es la comunicación del proceso de atención o cuidados de enfermería a todo el equipo de enfermería y equipo sanitario, las notas de enfermería proporcionan datos que la enfermera utiliza para identificar y apoyar diagnósticos de enfermería. Las notas de enfermería proporcionan una imagen global del estado de salud de la persona o paciente. (26)

c. Propósito de las Anotaciones de Enfermería.

Estas Anotaciones son elaboradas con varios propósitos:

- **Planificación:** La enfermera utiliza la información primaria o inicial, junto con las incidencias, para elaborar y evaluar la eficacia del plan de asistencia.
- **Enseñanza:** Las Anotaciones de enfermería son una fuente esencial de información que resulta útil como recurso educativo, sirve de recurso para la enseñanza clínica y la educación al servicio.
- **Investigación:** La información recogida puede constituir valiosa fuente de datos para la investigación, como fuente primaria y secundaria.
- **Control de Calidad:** Se emplea para vigilar los cuidados que recibe este y la competencia del personal que administra esos cuidados.
- **Toma de Decisiones:** La información estadística obtenida puede ayudar a decidir, prever y planificar en función a las necesidades de la población.
- **Documento Legal:** Estos documentos sirven como evidencia de los tribunales de justicia, ya que constituyen bases para admitir o rechazar acusaciones relativas a las negligencias durante los cuidados de los pacientes.

d. Importancia de las Anotaciones de Enfermería.

• Valor Legal.

Las anotaciones de enfermería expresan literalmente las reacciones y evoluciones del paciente frente a la atención recibida, constituyéndose así en un documento legal que respalda la atención que se brinda; es por ello que deben responder a sus características; redactadas oportunamente, sin borrones, ni enmendaduras y refrendadas por la firma y número de la colegiatura de la enfermera (o) que lo realiza,

así como también debe evidenciar los problemas necesidades y riesgos del paciente.

- **Valor Científico.**

Las anotaciones de enfermería describen determinadas reacciones y resultados del cuidado brindado, constituye una fuente de investigación de nuevos métodos para el cuidado de los pacientes, así mismo una valiosa fuente de información para identificar problemas, que necesitan atención de enfermería, así como para la valoración del progreso del paciente, para actualizar el plan de cuidados y evaluar los resultados del proceso de enfermería desarrollados en la atención que brinda, aspecto inherente a la profesión de enfermería.

e. Tipos de Anotaciones de Enfermería.

- **Anotaciones de Diagnostico o de Entrada.**

Se refieren al estado general del paciente, el examen físico y acciones inmediatas a realizar, se utiliza el reporte de enfermería, la observación y entrevista, como medio para la identificación de necesidades y/o problemas iniciales del paciente.

- **Anotaciones de Proceso o Evolutivos.**

Comprende tres formas de anotaciones de evolución:

Notas de Evolución.

Este registro es muy útil, especialmente en situaciones en las cuales el estado del paciente cambia con rapidez. Realizadas en el transcurso del turno resaltando aspectos significativos sobre tratamiento y cuidados de enfermería. El formato para las notas en este tipo de sistema es específico y estructurado siendo las siglas SOAPIE son variaciones que ayudan a documentar los cambios existentes.

S = Datos subjetivos (Síntomas que el paciente describe).

O = Datos objetivos (Lo que el profesional de enfermería observa).

A = Valoración (conclusión del profesional).

P = Plan (enseñanza de cliente inmediata y futura).

I = Intervención (medidas de enfermería adaptadas a el).

E = Comprobación (evaluación — resultado de la asistencia).

Notas Narrativas.

En este tipo de Anotaciones la información se registra cronológicamente en períodos de tiempos concretos, la frecuencia de la documentación dependerá del estado del paciente. Lo más habitual es que el profesional de enfermería documente las observaciones en el transcurso de su turno y que incluya datos de valoración, ejecución y respuesta del paciente ante las intervenciones realizadas.

Notas Focus.

Es un método de organizar la información que incluye 3 componentes; una columna de enfoque que pueda incluir signos, síntomas, preocupaciones o conductas del cliente, entre otros; notas de evaluación de enfermería el cual se encuentra organizado teniendo en cuenta los datos, las intervenciones realizadas y la respuesta que incluye la evaluación de la eficacia de las intervenciones realizadas.

• Anotaciones de Regreso o Alta.

Referidas a las anotaciones que registran las condiciones fisiológicas y psicológicas en las que egresa el paciente, persona con la que se encuentra y orientaciones impartidas para el cuidado en casa.

f. Factores Asociados a la Elaboración de Anotaciones de Enfermería.

Se denomina a toda fuerza o condición que cooperan con otras para producir una situación o comportamiento. “También

se denomina factores a la influencia subyacente responsable de parte de la variabilidad de algunas manifestaciones conductuales, por consiguiente constituye una influencia sobre la conducta que es relativamente independiente de otras influencias y posee una naturaleza unitaria". (16)

De acuerdo a lo mencionado podemos decir que existen diferentes factores que van a determinar la conducta de una persona, en este caso de los trabajadores de salud, también el modelo circundante social representa una parte vital de la relación de sus acciones y actitudes; así como también la orientación a sus motivaciones. Por lo tanto, el desempeño de una función, se ve favorecido o afectado por determinados factores, los cuales, según diversos autores, se pueden clasificar en:

- **Intrínsecos o Personales:** es decir aquellos referidos a los aspectos inherentes a las personas.
- **Extrínsecos:** o los que guardan relación con el entorno social, cultural, político, etc.
- **Familiares:** los que se relacionan con los factores que influyen en el individuo y que proviene de su grupo familiar.
- **Organizacionales:** o institucionales, son aquellos que guardan relación con el proceso administrativo y de organización de una institución y que afecta el desempeño de los trabajadores.

En una institución hospitalaria, muchas veces el profesional de la salud se ve influenciado tanto por factores inherentes a su persona, así como de los que provienen de su entorno laboral. Cabe revelar, sin embargo, que las conductas de las personas, no se deben a un solo factor; sino que, simultáneamente, existe más de un factor en juego.

f.1. Factores Personales.

Son aquellos referidos a aspectos inherentes a las personas que afectan su conducta, que favorecen o desfavorecen una determinada acción, entre ellos podemos mencionar:

- **Edad:** la edad esta estrechamente relacionada con las características del comportamiento de las personas, es así, que en enfermería este factor se manifiesta en el personal de mayor edad como una añoranza del pasado o a mantenerse el estatus que por considerar que la experiencia lograda es el máximo aprendizaje y se resisten a innovación que provocan el cambio. También psicológicamente, en el adulto maduro, es la edad realista en el cual la persona se comporta con todo el sentido común requerido para realizar o tomar decisiones. En esta edad, se alcanza el máximo de facultades mentales, estas características van a favorecer que la persona logre un desempeño óptimo y eficiente en el ejercicio o desarrollo de una actividad.
- **Formación:** Se considera que existe una relación directa entre la formación de una persona y la calidad de atención que ella brinde, ya que no es posible responder a las exigencias propias de un trabajo, sin los conocimientos básicos necesarios; y más aún, el trabajo será mejor desempeñado si el individuo cuenta además con los conocimientos amplios sobre los aspectos que directa o indirectamente están relacionadas con el tipo de trabajo que desempeña.
- **Motivación:** según la teoría de motivación humana para dirigir se requieren conocimientos acerca del comportamiento humano, conocer los factores que

motivan a las personas a desempeñar correcta o incorrectamente su trabajo. Según Arnulf Russel, define la motivación como “conjunto de estímulos, aspiraciones, posturas y motivos constitutivos de fuerza, que mantiene a largo plazo el curso del trabajo y que, a la vez determina el nivel de rendimiento” (17).

La motivación esta condicionada por muchos factores y ha de considerarse como pluridimensional. No todas las personas trabajan por diferentes motivos, quizá, uno de los motivos mas importantes para el buen desempeño, del individuo en un trabajo, lo constituye el agrado que el siente por la actividad que desempeña, ya que el trabajo, a parte de servir para satisfacer otras necesidades, tiene un valor en si mismo, es decir, que le permite al hombre desarrollarse poner en practica sus potencialidades según sus indicaciones inherentes, permitiéndole con ello su auto expresión. Si un trabajador se desempeña en una actividad por la cual no siente agrado, vocación, ni interés tiende a percibir su trabajo como monótono y desagradable, produciéndole una sensación de molestia acentuándose más aún el aburrimiento y el esfuerzo en algunos momentos determinados.

- **Experiencia de la Persona en el Área de Trabajo:** Se sabe que conforme el individuo permanezca por más tiempo en un centro laboral y/o a la vez halla desempeñado anteriormente en trabajos afines, logrará un mayor conocimiento, experiencia e identificación con la organización, condición que resulta importante ya que permite el trabajador a parte de desarrollar mejor y con más seguridad en su trabajo. Se refiere que cuando más

jóvenes e inexpertos se suscitan mayores accidentes y el nivel de rendimiento aún se encuentra en desarrollo.

f.2. Factores Organizacionales.

Se define a aquellos elementos relacionados con el proceso administrativo y de organización de la institución que favorecen o desfavorecen una determinada acción, entre ellos podemos mencionar:

- **Capacitación:** la capacitación continua se debe considerarse como función importante de la institución empleadora de trabajadores de salud, ya que esta constituye un factor importante que condiciona la calidad y el desempeño laboral y ayuda a mantener la satisfacción en el empleo. Si hablamos que la capacitación es importante en todos los niveles, esto cobra mayor importancia puesto que el personal profesional debidamente capacitado se constituye en un elemento de cambio; cuya participación en la atención que proporciona a los pacientes esta acompañada de un sustento teórico que respalda su quehacer diario.
- **Ambiente Físico del Trabajo:** referido al medio ambiental tales como locales sucios, temperaturas altas o muy bajas, iluminación insuficiente, disposición de ambiente inadecuada, muebles de escritorio mínimos, que terminan por incomodar y distraer al personal en el momento de la elaboración de anotaciones de enfermería.
- **Estructura social del trabajo:** Dentro del mismo hospital el trato inadecuado de parte de las supervisoras, jefas o aún médicos, colegas, puede influir en la actitud de las enfermeras y a veces inclusive los pequeños problemas como la falta de

equipos en el momento adecuado, la dificultad para conseguir medicamentos o algún material en los lugares de aprovisionamiento hacen que la enfermera se sobrecargue de trabajo innecesariamente, lo que distrae esfuerzos inútilmente.

- **Reconocimiento de los Méritos Personales:** la necesidad de estimulación de un empleado, debe ser abordada mediante la asignación de tareas que pongan a prueba su habilidad, brindándole una retroalimentación en su desempeño, la valorización de su trabajo y la vez, dándole la oportunidad al empleado de participar en la formulación de metas y la toma de decisiones. Abraham Maslow en su teoría, refiere que dentro de las cinco necesidades predominantes del hombre, se ubica en el cuarto lugar a la necesidad de estima cuyo contenido expresa que: “Una vez que las personas comienzan a satisfacer sus necesidades de pertenencia tienden a desear estimarse ellos mismo y que otros personas lo estimen. Esta clase de necesidad produce satisfacción como poder, prestigio, posición y confianza en si mismo” (18).

Todo esto representa un factor básico para inducir a los individuos a trabajar para la organización así como a consolidar la visión que tiene de su trabajo y de la institución.

- **Dotación de Personal Profesional:** ningún factor influye tan desfavorable en la atención de enfermería como la falta del propio personal de enfermería; lo cual va a generar la recarga de pacientes, saturación de actividades asistenciales del servicio y dentro de ello la elaboración de anotaciones de enfermería. Para lo cual

debe tomarse en cuenta los siguientes aspectos, además de las características de cada servicio:

- Personal suficiente en las horas en que el trabajo se recarga normalmente, como sucede con las primeras cuatro horas de la mañana y las últimas de la jornada vespertina.
- Dejar personal suficiente para la atención adecuada y segura de los pacientes, durante el turno nocturno.
- El servicio necesario y mínimo en la unidad, durante las horas en que el personal toma sus alimentos; este se realiza estableciendo dos turnos, a fin de que se garantice el cuidado del paciente en forma permanente.

g. Aspectos legales de los registros de enfermería

- Siendo los registros o informes la mejor prueba de la calidad de atención, deben ser elaborados con claridad, para evitar una incorrecta interpretación, lo que puede perjudicar a la enfermera y aparecer como negligente.
- Es importante anticiparse a los efectos de los registros.
- Debe ajustarse a los hechos poniendo objetivamente lo que se oye, ve, siente y huele.
- Nunca escriba supuestos, si se dispone de datos subjetivos deben estar apoyados con documentos.

Es importante señalar que cada estado tiene definida de forma legal la práctica de la enfermería en su ley de la práctica del profesional de enfermería. Una vez titulado, el profesional de enfermería tiene responsabilidad para la práctica de la enfermería dentro de la definición legal del estado. Por ejemplo, la práctica de la enfermería, tal y como se describe en la New Jersey Nurse Practice Act (1993), está claramente definida en cuanto a los papeles independientes e

interdependientes que desempeña. En ella se dice que: Función Independiente “La práctica de la enfermería se define como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas físicos o emocionales, reales o potenciales, a través de servicios como la búsqueda de casos, la educación para la salud, el consejo sanitario y la prestación de atención sanitaria para el mantenimiento o el restablecimiento de la vida y el bienestar. Función Interdependiente y la ejecución de los registros médicos según la prescripción de un médico u otro profesional con una autorización legal”.

2.2.2. Calidad de las notas de enfermería.

a. La calidad.

Es ser eficiente, es tener competencia, tener respeto a la persona y familia, calidad es hacer lo correcto, en forma correcta e inmediata, es mejorar siempre, preocuparnos por la innovación, es usar el vocabulario correcto, que las personas tengan confianza en el servicio que se les brinda. (19).

b. La calidad de las notas de Enfermería

Son aquellas particularidades o atributos que debe presentar el registro de enfermería, del Proceso de Enfermería brindada a la persona, durante las veinticuatro horas del día.

La calidad de la información registrada, influye en la efectividad de la práctica profesional, por tanto los registros de enfermería deben cumplir unos estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en las personas y legitimesen la actuación del profesional sanitario. Todas estas normas para mejorar la calidad de información tienen como base, principios éticos, profesionales y legislativos fundamentales, como el derecho a la intimidad, confidencialidad, autonomía y a la información del paciente.

La calidad es el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y las poblaciones incrementan la posibilidad de resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual para que así la provisión del servicios sean accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tienen cuenta los recursos disponibles, y logra la adhesión y satisfacción del usuario. (20).

Las notas de enfermería resumen la veracidad de los datos y desde la dimensión legal, al igual que la historia clínica es un documento con capacidad probatoria por excelencia, objeto de análisis e investigación dentro de los procesos de responsabilidad profesional, es aconsejable que las enfermeras diligencien no solamente las notas de enfermería de aquellos pacientes que consideren críticos sino, también los otros registros de enfermería como el registro del control de líquidos, de medicamentos, de signos vitales, etc., teniendo en cuenta el cuidado de enfermería, ya que es la constancia escrita del acto de cuidado no solamente refleja el ejercicio profesional sino es la prueba de los lineamientos humanos, éticos, técnicos y científicos desarrollados. Recordemos que el acto de cuidado que no se registra significa que no se realizó en términos jurídicos. (21).

Los registros de enfermería son una herramienta imprescindible para comunicación dentro del equipo de salud y por tanto necesaria para conseguir el mayor nivel de calidad del cuidado de la persona. Son un conjunto de documentos que sirven como medio de comunicación además de ser de carácter legal, medio de evaluación, tratamiento por el equipo de salud, permitiendo evaluar si las acciones brindadas fueron efectivas, así mismo son útiles ya que permiten planificar

actividades y adecuar recursos a favor del cuidado que se brinda a las personas.

Convirtiéndose así pues en un registro esencial, de gran valor médico legal, e indicador de calidad, capaz de optimizar y acreditar la calidad del cuidado de enfermería. Por tanto, el registro de enfermería es la documentación escrita, completa, exacta de los acontecimientos, las necesidades, asistencias a la persona y los resultados de las actuaciones de enfermería, y el reflejo del trabajo principal de la profesión, el cuidado de la persona. Además sirven como base legal para comprobar que el cuidado de enfermería sea realizada según las normas aceptadas para la práctica profesional.

El sistema de documentación seleccionado por un servicio de enfermería, debe reflejar la filosofía del departamento y la forma en que se prestan los cuidados de los usuarios. La asistencia profesional queda reflejada en la creación de esquemas profesionales, que demuestra el cuidado brindado y la comunicación eficaz acerca del estado de la persona, su evolución, durante las 24 horas del día. (22).

Las anotaciones de enfermería o también llamadas notas de Enfermería es una constancia escrita que se deja, de hechos esenciales sobre una persona enferma con el fin de tener un historial continuo de los acontecimientos ocurridos durante un periodo determinado. En ella se registran cinco clases de informe: medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo profesional, medidas terapéuticas ordenadas por el médico y aplicadas por el personal de enfermería, medidas planeadas y ejecutadas por la enfermera, conducta del paciente y otras observaciones en relación con su estado de salud y respuestas específicas del usuario al tratamiento y los cuidados.

Para que exista calidad de las notas de enfermería en cuanto a continuidad y claridad debe establecerse el cumplimiento de requisitos al momento de realizar las anotaciones de enfermería en cada turno (23).

c. Calidad de las notas de enfermería según su ESTRUCTURA.

• **Objetividad:** Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales.

- No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos. Ej: Refiere consumir “dos litros de vino al día” NO: Alcohólico.
- Describa de forma objetiva el comportamiento del paciente, sin etiquetarlo de forma subjetiva. Ej: Durante toda la mañana permanece en la cama, se muestra poco comunicativo y dice que “no tiene ganas de hablar ni de ver a nadie”
- Anotar la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares, entre comillas.
- Registrar sólo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados.
- Debe tener información descriptiva y objetiva, sobre lo que se ve, oye, siente y huele. “Respiraciones 14 x’, regulares, con sonidos respiratorios limpios bilaterales” son datos objetivos obtenidos de la observación y determinación directas. Los datos subjetivos son percepciones del paciente sobre sus problemas de salud.

• **Precisión y Exactitud:** La información debe ser verdadera, precisos, completos y fidedignos.

No utilizar abreviaturas no aprobadas, puede dar lugar a interpretaciones erróneas. La utilización de determinaciones

precisas asegura la exactitud como medio determinar si la situación de un paciente ha cambiado. Una ortografía correcta aumenta la exactitud de la documentación. Terminar todas las anotaciones en el registro de un paciente con la firma del cuidador, incluyendo nombre o primera inicial, apellido y título.

- Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa.
- Expresar sus observaciones en términos cuantificables.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto. Ej: A las 12:00h, presenta apósito manchado e manera uniforme, de unos 5 cm. de diámetro y aspecto hemático. SGR (D.U.E.) NO: Apósito manchado.
- Se debe hacer constar fecha, hora, (horario recomendado 0:00 a 24:00) firma legible de la enfermera responsable.
- Anotar todo de lo que se informa: Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente. “Lo que no está escrito, no está hecho” Ej: A las 15:00, sonda vesical permeable con diuresis colúrica de 80 ml. S. García (D.U.E.)

• **Legibilidad y claridad:** Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.

- Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.
- Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente
- Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término. Ej: IR: Insuficiencia Respiratoria o Renal.

- No utilizar líquidos correctores ni emborronar. Corregir los errores, tachando solamente con una línea, para que sean legibles, anotar al lado “error” con firma de la enfermera responsable.
- Firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más apellido completo bien iniciales de nombre y dos apellidos. Ej: L. Valentín ó LVM (D.U.E.).
- No dejar espacios en blanco, ni escribir entre líneas.
- **Simultaneidad:** Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno.
 - Evitando errores u omisiones.
 - Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente.
 - Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas. Ej: Si se registra “ha descansado bien toda la noche” y a las 6:00h se produce una PCR, el registro ya no es fidedigno.
- **Completa:** Cuando los registros son incompletos se pone en peligro la comunicación y el personal de enfermería es incapaz de demostrar que se prestó un cuidado específico.
- **Concisa:** Los registros deben ser breves, evitar palabras innecesarias.
- **Actualizada:** Los datos deben informarse en el momento preciso de observarse. Ejm la variación de los signos vitales.
- **Organización:** Es importante informar siguiendo un formato u orden lógico.
- **Confidencialidad:** La enfermera no debe revelar el estado del paciente a otros pacientes o miembros del personal no implicados en su atención. (7)

d. Calidad de las notas de enfermería según CONTENIDO.

- **Evaluación Física:** deberán existir datos de la valoración, complicaciones y secuelas relacionadas a la enfermedad, signos y síntomas. Deberán contener la identificación de problemas reales y potenciales.
- **Comportamiento Interacción:** referido a las respuestas que el paciente tiene ante el proceso de hospitalización, ante el cuidado brindado, incluyendo también el comportamiento hacia sí mismo.
- **Estado de Conciencia:** la capacidad de comprender del paciente sobre su enfermedad, tratamiento y procedimientos que se le realizan, así mismo su estado de ánimo, percepción, orientación.
- **Condiciones Fisiológicas:** se incluyen signos vitales, actividades de alimentación, higiene, de ambulación, descanso, etc.
- **Educación:** es la información brindada por la enfermera sobre su enfermedad, tratamiento, procedimientos realizados.
- **Información:** se redacta sobre las coordinaciones que se realiza con miembros del equipo de salud.

Estos aspectos se van a reflejar haciendo uso del método científico para resolver problemas, a través del empleo de las siguientes normas técnicas: el Proceso de Atención de Enfermería y el S.O.A.P.I.E. (7)

d.1. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE).

El Proceso de Atención de Enfermería es la aplicación del método científico a la práctica asistencial de la enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Se trata de un enfoque deliberativo para la

resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar.

Características del P.A.E.

- Tiene validez universal.
- Utiliza una terminología comprensible para todos los profesionales.
- Está centrado en el paciente marcando una relación directa entre éste y el profesional.
- Está orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones y con una meta clara.
- Consta de cinco etapas cíclicas.

Objetivos del P.A.E.

- Servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería.
- Imprimir a la profesión un carácter científico.
- Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.
- Traza objetivos y actividades evaluables.
- Mantener una investigación constante sobre los cuidados.
- Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social.

Etapas de P.A.E.

a. Valoración.

Consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son

la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

b. Diagnóstico.

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

c. Planificación.

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

d. Ejecución.

Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

e. Valuación.

Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de enfermería.

El proceso de enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. La American Nurses Association (ANA) utilizó el Proceso de Enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia. El Proceso de Enfermería ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de Enfermería. También ha sido incluido en la definición de Enfermería en la mayor parte de las leyes sobre la práctica de la enfermería. Más recientemente, se revisaron los exámenes de licenciatura de los tribunales estatales, para probar la capacidad del profesional de enfermería registrado,

aspirante para utilizar los pasos del Proceso de Enfermería.

d.2. SOAPIE.

Los profesionales de enfermería, en su mayoría no toman en cuenta las normas establecidas en la elaboración de los registros realizando solo notas narrativas cuando debería practicarse notas SOAPIE considerado como Norma Técnica N° 022 según el MINSA. Las anotaciones de enfermería tipo SOAPIE brindan una información más completa e integral del paciente, por tal motivo las enfermeras deben conocerlo y practicarlo de esta manera se brindaría un cuidado de mejor calidad, motivo por el cual este proyecto permitirá concientizar al personal de enfermería de la necesidad de llevar un adecuado registro como se puede dar en las anotaciones tipo SOAPIE, de tal forma que se considere su uso en la práctica diaria.

En el Perú actualmente es una exigencia normada por el Ministerio de Salud 2001 e indicador de resultados que se expresa en:

N° de Registros de Enfermería de las historias clínicas de pacientes hospitalizados, que aplican el SOAPIE en un periodo.

Notas de ingreso, se anota la fecha, la hora y la forma en que el paciente ingresó y una breve descripción de la condición del paciente. Funciones Vitales. Evolución en el transcurso de la hospitalización. Deberá anotarse en forma descriptiva, utilizando el método científico para resolver problemas, para ello emplear las siguientes normas técnicas: S.O.A.P.I.E. S= Datos

subjetivos (síntomas que refiere el paciente) O= Datos objetivos (signos que la enfermera observa) A= Conclusión diagnóstica P= Plan cuidados I= Intervención de enfermería. E= Evaluación eficacia de intervención. Debe anotarse en los tres turnos: mañana, tarde y noche El tratamiento aplicado debe ser claro y sin abreviaturas no estandarizadas, ni enmendaduras. Todas las anotaciones deben tener la fecha, la hora y ser firmadas con el nombre completo de la enfermera y el número de su colegiatura y su firma SOAPIE Datos subjetivos "S": comprenden los Sentimientos, la sintomatología y las preocupaciones del cliente a un resumen de la conversación mantenida con el usuario. Datos Objetivos "O": Son los hallazgos obtenidos del examen físico. Éstos datos provienen de la observación, valoración y entrevista mantenidos con el usuario y familia u otro miembro del equipo de salud, estos datos constituyen las características que definen el diagnostico de enfermería. Valoración "A": Incluye la interpretación que hace la enfermera de los datos subjetivos y objetivos. Algunas enfermeras incluyen el diagnostico de enfermería en esta parte de las notas. Plan "P": Comprende las medidas necesarias para ayudar al cliente a resolver el problema. Intervención "I". Son las intervenciones llevadas a cabo para mitigar el problema. Comprobación "E": Se utiliza para evaluar la eficacia de las Intervenciones de enfermería a la hora de alcanzar los resultados. El ministerio de salud 2001 reconoce el SOAPIE como la forma de registro enfermería.

Modelo de Notas de Enfermería según SOAPIE:

S: Tengo mucho calor, destápeme un poco y écheme agua a los pies"

O: Temperatura 38.5C, se observa a la paciente con intensa diaforesis, incómoda, piel caliente al tacto

A: El calor que manifiesta la paciente está relacionado al aumento de temperatura.

P: Valorar la temperatura cada 2 horas Aplicar medios físicos (pañitos de agua tibia). Administrar Metamizol 1gr. IM. Incrementar ingesta de líquidos V.O. Brindar comodidad y confort (cabecera en ángulo de 90°, disminución de cobertores, baño de esponja). Indicado por medico de turno.

I: Se ejecuta todas las acciones anteriores, queda pendiente informar al médico.

E: La respuesta observada en el paciente es una disminución de la temperatura. Se le continúa controlando.

Se anotará la firma y el número de Colegio de Enfermeras (os).

2.2.3. Evaluación de la Calidad de las Notas de Enfermería.

Desde el punto de vista histórico las enfermeras han creído que cuanto más información anoten mejor estarán protegidas legalmente en cualquier pleito, sin embargo, en la actualidad, las enfermeras reconocen que un sistema de registro completo y coordinado puede en realidad recoger más datos en menos tiempo y espacio.

El registro de los cuidados de enfermería deberá ser pertinente y conciso, debiendo reflejar las necesidades, problemas y capacidades y limitaciones del paciente. El registro será objetivo y completo, debiendo registrar con exactitud el estado del paciente y lo que le ha pasado, mencionando los hechos como los observa y nunca haciendo conjeturas. Profesionalmente, el registro de enfermería tiene dos propósitos: administrativo y clínico. Los propósitos administrativos son:

- Definir el objetivo de enfermería para el cliente o grupo.
- Diferenciar la responsabilidad de la enfermería de la del resto de los miembros del equipo de salud.
- Proporcionar los criterios para la clasificación de los pacientes.
- Proporcionar justificación para el reembolso.
- Proporcionar datos para el análisis administrativo y legal.
- Cumplir las normas legales autorizadas y profesionales exigidas.
- Proporcionar datos con fines científicos y educativos.

Decidir qué anotar y cómo.

- Siempre que la información es lo suficientemente importante como para informar de ella, con toda probabilidad lo será también como para anotarla. De hecho, una regla de oro es anotar todo aquello de lo que se informa.
- Cómo y qué anotar es importante en extremo para el paciente y para protegerse a sí mismo de posibles demandas por mala práctica profesional.
- Completar los datos de la valoración tan pronto como le sea posible. La tardanza en anotar los datos puede llevar a omisiones y errores que más tarde pueden ser interpretados como de baja calidad. Si por alguna razón tiene que dejar la unidad antes de completar la valoración, asegúrese de anotar los datos más importantes. Así como no fiarse de la memoria y anotarlos en un pequeño cuaderno de bolsillo para transcribirlos a la historia en cuanto sea posible.
- Usar tinta (pluma, bolígrafo, rotulador, etc.) y escribir con letra clara de imprenta, incluso cuando tenga prisa; Las notas son inútiles para los demás si no pueden descifrarlas y también serán inútiles para quien las escribe si cinco años después le piden en un juicio que explique lo que pasó ese día. Las anotaciones descuidadas o ilegibles también pueden actuar en

su contra en un juicio, ya que el tribunal puede interpretar las anotaciones poco cuidadosas como un indicio de cuidados negligentes.

- Usar sólo las abreviaturas que estén consensuadas y que no puedan inducir a error. Un ejemplo puede ser cuando ponemos como diagnóstico médico I.R; pudiendo ser interpretado como insuficiencia renal o insuficiencia respiratoria.
- No borrar, no usar líquido corrector, ni emborronar lo escrito de forma que sea ilegible. Si se comete un error corregirlo sin tapar las palabras originales, en vez de ello, trazar una línea tachando las palabras, ponerlo entre paréntesis y escribir “error” y poner las iniciales. No alterar nunca un registro sin seguir este procedimiento, podría implicar un intento de encubrir unos hechos, lo que se considera mala práctica profesional.
- No dejar líneas en blanco ni escribir entre líneas. Trazar una raya en los espacios en blanco y si hay que anotar algo que se ha olvidado hacerlo en el momento en que se recuerde anteponiendo la frase “anotación tardía”, seguida del día y la hora en que se hace la entrada. Ej.: 17-10-2002. 15.00. entrada tardía: el paciente vomita tras la comida, notificado al Dr. XXXX . B. Ibarra, Enfermera.
- Anotar de forma objetiva, sin emitir juicios de valor. Escribir los datos subjetivos usando citas directas. Ej: correcto: dice: “no voy a la iglesia”, Incorrecto: no es religiosa.
- Evitar los términos con una connotación negativa. Por ejemplo: borracho, desagradable. Ante un tribunal pueden transmitir una actitud negativa por parte del personal. Mantener la confidencialidad de la información. Junto con la inexactitud o la falta de registro de la información es una de las razones más comunes de los juicios por mala práctica.

- Ser breve. Anotar los hechos y especificar sobre el problema en cuestión.

Correcto: disminución de los ruidos respiratorios en la base izquierda. Se queja de dolor punzante en la base izquierda al inspirar. Respiraciones 32, Pulso 110, P.A. 130/90 mmHg.

Incorrecto: Parece tener problemas para respirar. También se queja de dolor torácico.

- Si el paciente prefiere no responder a una pregunta, escribir “no desea responder”. Se obtiene una información de las personas significativas, que cree que debería anotar, escribir el nombre y la relación de esa persona con el paciente. Ej.: La esposa dice que es alérgico a la morfina. Si hace una afirmación, acompañarla de la evidencia. Ej.: parece deprimido. Cuando le pregunto dice que “se encuentra bien” y que “no está triste” pero contesta con monosílabos, tiene la mirada baja y dice que “no tiene ganas de hablar con nadie”.
- Anotar las acciones más relevantes por ej: administración de medicación inmediatamente, para cerciorarse de que los demás saben que la acción se ha realizado.
- Escribir siempre las variaciones de la norma. Y cualquier acción emprendida en relación con ellas: Ej. Si se ha informado de una anomalía o se ha intervenido de alguna manera.
- Centrarse en los problemas o acontecimientos significativos que transmitan lo que es distinto en la persona en el día de hoy. Ej. No escriba “pasea por el pasillo con muletas” a menos que eso sea inusual. Ceñirse a los hechos. Evitar juicios de valor:

Correcto: grita “harían mejor todos en mantenerse lejos de mí, es probable que le tire algo a alguien”

Incorrecto: enfadado y agresivo.

- Ser específica, no usar términos vagos.

Correcto: el apósito abdominal tiene una mancha de 15 cm. de diámetro de color rojo rosado intenso.

Incorrecto: se nota una cantidad moderada de drenaje en el apósito abdominal.

- Anotar los fallos o negativas a seguir el tratamiento prescrito así como las acciones emprendidas. Ej.: Se niega asistir a educación sobre diabetes, dice “no me entero de nada”. Notificado al Dr. Fernández y a María Huerta, TPM de la consulta de Endocrinología.

- Ser precisa. Sus notas deben proporcionar la descripción y la secuencia temporal de los acontecimientos respondiendo a las preguntas “¿qué sucedió?, ¿cuándo?, ¿cómo?, ¿dónde?”. Firmar correctamente, usando la inicial de su nombre, su apellido y las credenciales después de cada entrada. Ej.: I. González, Enfermera. Usar una regla normotécnica para organizar los registros:

VIRA: valoración, intervención, respuesta, acción.

DAR: datos, acción, respuesta.

DIE: datos, intervención, evaluación.

PIE: problemas, intervención, evaluación.

- En cuanto al informe oral de cambio de turno, esta debe ser proporcionada de manera exacta, objetiva y organizada, analizando lo que se dice y cómo se dice, lo cual marcará una gran diferencia en la calidad de los cuidados del paciente. La información oral al igual que la escrita debe contener sobre todo las novedades en la evolución del paciente. Debiendo tener muy presente que el emitir un juicio negativo sobre un paciente puede predisponer a modificar la actitud del resto del personal.

Correcto: la Sra. Pérez refiere dolor, durante la mañana ha estado en la sala de estar.

Incorrecto: la Sra. Pérez se ha quejado constantemente de dolor, aunque no sé qué dolor tendrá cuando se ha pasado la mañana en la sala de estar.

El desarrollo de un sistema de registro de enfermería eficaz y profesional es posible dentro del ámbito de las normas de práctica existentes. La eliminación de los registros repetitivos y narrativos en las notas de evaluación puede reducir el tiempo total invertido en registrar y producir una representación más exacta y útil de la práctica profesional y respuesta del paciente y familia. Un sistema de registro coordinado que integre el proceso de enfermería desde el ingreso hasta el alta, con los requerimientos de registro designados, da también a la enfermera una óptima defensa en caso de pleitos y retos legales.

2.2.4. Legalidad de las notas de enfermería.

a. LEY 911. Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004

TITULO I. Principios y valores éticos, del acto de cuidado de enfermería.

CAPITULO V. Responsabilidad del profesional de enfermería con los Registros de Enfermería.

ARTÍCULO 35. Entiéndase por registro de enfermería los documentos específicos que hacen parte de la historia clínica, en los cuales se describe cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y a la comunidad.

ARTÍCULO 36. La historia clínica es un documento privado, sometido a reserva, por lo tanto sólo puede ser conocido por

el propio paciente o usuario por el equipo humano de salud vinculado a la situación en particular, por terceros previa autorización del sujeto de cuidado o su representante legal o en los casos previstos por la ley o por los tribunales de ética.

PARÁGRAFO: Para fines de investigación científica, el profesional de enfermería podrá utilizar la historia clínica, siempre y cuando se mantenga la reserva sobre la identidad del sujeto de cuidado.

ARTÍCULO 37. El profesional de enfermería exigirá o adoptará los formatos y medios de registro que respondan a las necesidades de información que se deba mantener acerca de los cuidados de enfermería que se prestan a los sujetos de cuidado, según los niveles de complejidad, sin perjuicio del cumplimiento de las normas provenientes de las directivas institucionales o de autoridades competentes.

ARTÍCULO 38. El profesional de enfermería diligenciará los registros de enfermería de la historia clínica en forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco y sin utilizar siglas, distintas a las internacionalmente aprobadas. Las correcciones a que haya lugar, se podrán hacer a continuación del texto que las amerite, haciendo la salvedad respectiva y guardando la debida secuencia.

Cada anotación debe llevar la fecha y la hora de realización, el nombre completo, la firma y el registro profesional del responsable.

2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

2.3.1. Notas de enfermería.

Es un documento que sirve a la enfermera en el cual se registra un contenido objetivo, claro, concreto, comprensible y sistemático. Así mismo los hallazgos, actividades, observaciones, decisiones y cuidados brindados a la persona, familia o comunidad, inmediatamente después de su realización.

2.3.2. Unidad de Tratamientos Intermedios.

Es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva. Los pacientes candidatos a entrar en cuidados intensivos son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo la vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros.

2.3.3. Calidad.

Es aquella propiedad o conjunto de ellas que están presentes en las personas o en las cosas y que son las que nos permitirán apreciarlas y compararlas con respecto a las restantes que también pertenecen a su misma especie o condición. La calidad podrá ser valorada en términos de buena calidad, o en su defecto de mala calidad; cuando de algo o alguien se dice que dispone de calidad es porque presenta una superioridad o un carácter excelente comparado con otros similares, mientras que cuando algo es de mala calidad es porque en la comparación sale perdiendo, y es ampliamente superado por sus pares.

2.3.4. Calidad de la notas de enfermería.

La calidad de las Notas de Enfermería está en función a la presencia o ausencia de deficiencias en los aspectos contenidos o criterios de lo que debe ser registrado en las hojas de enfermería. Asimismo se consideran de calidad las notas de enfermería que estén basados de acuerdo al formato del

Sistema Narrativo Orientado a Problemas (SOAPIE), que es el método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades del paciente, así como las intervenciones, observaciones y evaluaciones que realiza la enfermera, además las anotaciones deben consignar datos claros y exactos, tomando en cuenta su estructura y contenido.

2.3.5. PAE (proceso de atención de enfermería).

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

2.3.6. Estructura.

Es la disposición y orden de las partes dentro de un todo. También puede entenderse como un sistema de conceptos coherentes enlazados, cuyo objetivo es precisar la esencia de las notas de enfermería.

2.3.7. Contenido.

Es la información que presenta un registro escrito elaborado por los o las enfermeras acerca de las observaciones del paciente, tomando en cuenta su estado físico, mental y emocional, así como la evolución de la enfermedad y cuidados.

El cuidado de enfermería diario se registra a menudo en una hoja especial asignada para dicha función.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación es de tipo cuantitativa y de corte transversal; descriptiva, porque está orientado al conocimiento de la realidad tal como se presenta en una situación espacio y tiempo dado; cuantitativa; porque va asignó un valor numérico a la variable y de corte transversal por que los datos fueron recogidos en una sola oportunidad. (24)

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El estudio arribó a un nivel descriptivo; el cual nos permitió detallar el fenómeno estudiado en una circunstancia temporal pero y geográficamente determinada; describiendo la variable y estimando sus parámetros. (25)

3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

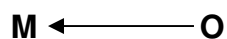
El estudio realizado utilizó el método específico: Descriptiva, estadística y bibliográfica. Descriptivo, porque se describió, analizó e interpretó sistemáticamente un conjunto de hechos relacionado con otra variable tal como se da en el presente. Así como estudió al fenómeno en su estado actual y en su forma natural. Estadístico; porque a través de la aplicación facilitó la representación de datos de los fenómenos observados, y la toma de decisiones a la aplicación de la estadística

descriptiva. Y Bibliográfica; porque permitió recopilar y sistematizar información de fuentes secundarias contenidas en libros, artículos de revistas, publicaciones, investigaciones, etc. (26)

3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño que se aplicó en el estudio fue: Diseño No Experimental Transeccional Descriptiva. Diseño No Experimental; porque carecen de manipulación intencional y tan solo se analizan y estudian los hechos y fenómenos de la realidad después de su ocurrencia. Transeccional; porque permitió realizar estudios de investigación de hechos y fenómenos de la realidad en un momento determinado del tiempo. Descriptiva, porque facilitó analizar y conocer las características, rasgos, propiedades y cualidades de un hecho o fenómeno de la realidad en un momento determinado del tiempo. (26)

Esquema:



Donde:

M = Muestra (Anotaciones de enfermería elaboradas en la UTI del INEN)

O = Medición de la variable (Calidad de las Notas de Enfermería en la UTI del INEN)

3.5. LUGAR DE ESTUDIO.

El estudio se realizó en el Servicio de la Unidad de Tratamientos Intermedios del Departamento de Áreas Críticas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, ubicado en el distrito de Surquillo, Av. Angamos 2520.

La Unidad de Tratamientos Intermedios se encuentra ubicado en el 3° Piso, atiende a todo paciente con diagnóstico oncológico en situación crítica; cuenta con 07 camas con sus respectivos monitores, oxígeno y sistema de aspiración empotrado, velador cada uno 08 ventiladores mecánicos, un coche de paro bien equipado, un cardio Q, un electrocardiógrafo, bombas de infusión de una, dos, tres y cuatro

líneas, ecógrafo portátil, etc. También cuenta con un área ambulatoria denominada Clínica de Día (CDD) en la cual se atienden a pacientes para intervención quirúrgica ambulatoria.

El servicio de UTI brinda atención las 24 horas de todos los días del año en donde cuenta con una jefa de servicio, 14 enfermeras asistenciales, 12 personales técnicos. 8 médicos intensivistas en diferentes turnos y una secretaria.

3.6. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.

POBLACIÓN: La población estuvo conformada por 137 Historias Clínicas de los pacientes que ingresaron a la UTI del INEN en el segundo semestre en el año 2015.

MUESTRA: La unidad observacional estuvo constituida por 63 Historias Clínicas de los pacientes que ingresaron a la UTI del INEN correspondientes al segundo semestre en el año 2015. La fórmula que propuso es:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

N = Población

n = tamaño de la muestra

p y q = Probabilidad de la población que presenta una variable de estar o no incluida en la muestra, cuando no se conoce esta probabilidad por estudios se asume que p y q tiene el valor de 0,5 y 0,96; respectivamente.

Z = a las unidades de desviación estándar que en la curva normal definen una probabilidad de error tipo I = 0,05, esto equivale a un intervalo de confianza del 95% en la estimación de la muestra y el valor de Z = 1,96

E = Error estándar de la estimación que debe ser 0,05.

$$n_0 = \frac{1,96^2 * 0.5 * 0.96 * 137}{0.05^2(137 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.96}$$

$n_0 = 116$ Historias Clinicas de la UTI del INEN.

Hallando ***Simplificación Muestral***

$$n_1 = \frac{n_0}{1 + (n_0 - 1) / N}$$

$$n_1 = \frac{116}{1 + (116 - 1) / 137}$$

$$n_1 = 63$$

MUESTREO: Para la selección de la unidad observacional se desarrolló a través del muestreo probabilístico aleatorio simple; porque los objetos de estudio tuvieron la misma probabilidad de pertenecer a la muestra.

3.7. UNIDAD DE ANÁLISIS.

El registro que realizan las enfermeras en la hoja de notas de enfermería de las historias clínicas de los ingresos en el servicio de UTI.

3.8. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.8.1. Criterios de inclusión

- Todas las historias clínicas de pacientes internados en la UTI del INEN, correspondientes al segundo semestre del año 2015.

- Anotaciones de enfermería de todas las enfermeras que laboran en la UTI del INEN.

3.9. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó para la recolección de datos será el análisis de documentos, cuyo instrumento es la lista de chequeo, el mismo que fué sometido a juicio de expertos cuya información fue procesada en la tabla de concordancia y prueba binomial; con el objetivo de conocer las características de las anotaciones de enfermería, consignadas en las Historias Clínicas de los pacientes internados.

3.10. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Los instrumentos fueron sometidos para su validez de constructo y contenido a validación de juicio de expertos, conformado por enfermeras especialistas en UCI del INEN y docentes de investigación de la UNMSM a fin de potenciar los instrumentos, tomando en cuenta las sugerencias respectivas para mejorar el instrumento. La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la aplicación de una prueba piloto que se realizó a 10 Historias Clínicas de la UTI para evaluar las preguntas.

3.11. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para implementar el estudio se realizó los trámites administrativos mediante un oficio dirigido a la Directora del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas a fin de obtener la autorización correspondiente, del mismo modo se adjuntó una copia del proyecto a fin de que sea evaluado por el Comité de Ética de la institución. Luego de ello, se realizó las coordinaciones necesarias con la Enfermera jefe de la UTI a fin de establecer el cronograma para iniciar la recolección de datos. Para la recolección de datos se tuvo en cuenta los siguientes pasos:

- Estructurar el instrumento de recolección de datos.

- Validación subjetiva del instrumento de recolección de datos a través de opinión de expertos; y su procesamiento estadístico del mismo.
- Validez y confiabilidad a través de prueba piloto. y su procesamiento estadístico del mismo.
- Restructuración definitiva del instrumento de recolección de datos para su aplicación en la muestra de estudio.
- Plan de aplicación de los instrumentos de recolección de datos.
- Aplicación del instrumento de recolección de datos previa coordinación.
- Por último, organización de datos recolectados para el análisis estadístico correspondiente, para el informe final.

3.12. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS DE LA INFORMACIÓN

Luego de la recolección de datos, se procedió a realizar el procesamiento de los datos utilizando el paquete estadístico de Excell previa elaboración de la Tabla de Códigos y la Tabla Matriz. Luego se procedió hallar la formula correspondiente para el Baremo y Categorización de la Variable. Para la Estadística Descriptiva y la estadística inferencial, se empleara la prueba Z de Gauss. Los resultados fueron presentados en gráficos estadísticos los cuales fueron analizados e interpretados considerando el marco teórico. Para la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva, el promedio aritmético, los porcentajes y la frecuencia absoluta, valorando la variable en bueno, regular y malo.

3.13. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para implementar el estudio fue necesario considerar la autorización respectiva de la institución expresándoles que la información es de carácter anónimo y confidencial debido a que la investigación se ajusta en base a los principios éticos de acuerdo a una normatividad nacional e internacional (REG – INV - 025).

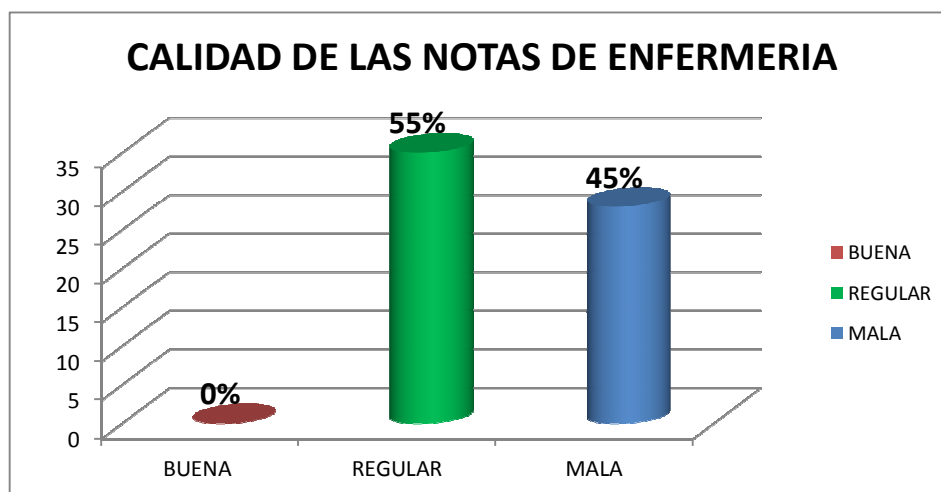
CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS.

Luego de realizada la recolección de los datos estos fueron tabulados manualmente y se almacenaron en una base de datos siendo procesados estadísticamente, los resultados se presentan en gráficos para su respectivo análisis e interpretación.

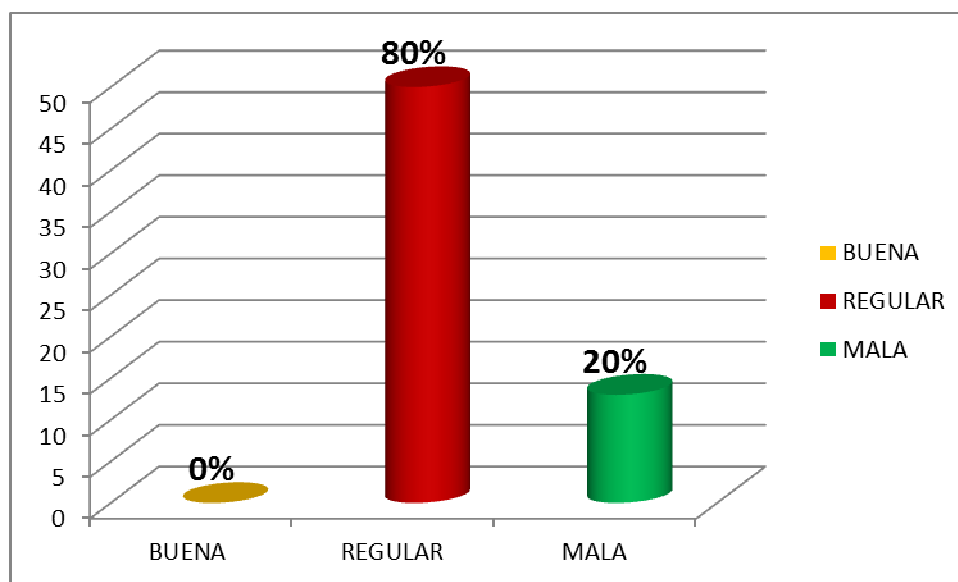
GRÁFICO N° 01
CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE
TRATAMIENTOS INTERMEDIOS DEL INEN – 2016



FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

En el **GRÁFICO N°01**, podemos observar que el 55,0% de las Historias Clínicas de la Unidad de Tratamientos Intermedios tienen una regular calidad en el registro de las Notas de Enfermería, seguido de un 45,0% con una mala calidad y 0% tienen buena calidad.

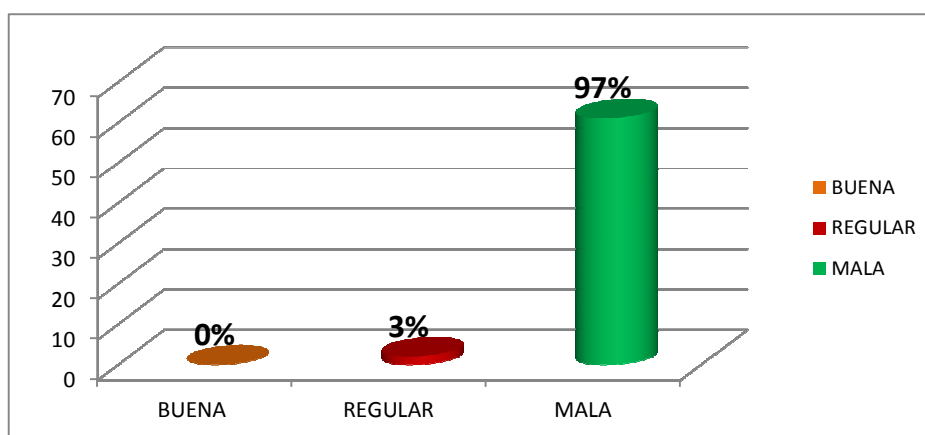
GRÁFICO N° 02
CALIDAD EN LA ESTRUCTURA DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA DE
LA UNIDAD DE TRATAMIENTOS INTERMEDIOS DEL INEN.



FUENTE: Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario

El **GRAFICO N° 02**, reporta que el 80,0% de las Historias Clínicas de la Unidad de Tratamientos Intermedios tienen una regular calidad de las Notas de Enfermería según su dimensión estructura y el 20.0% tiene una mala calidad de las Notas de Enfermería.

GRÁFICO N° 03
CALIDAD DEL CONTENIDO DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA DE LA
UNIDAD DE TRATAMIENTOS INTERMEDIOS DEL
INEN.



FUENTE: *Tabulado por el investigador a partir de los datos del cuestionario*

En el **GRÁFICO N° 03** se observa que el 97,0% de las Historias Clínicas tienen una mala calidad, según su contenido, es decir las Notas de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos no consideran la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), sin embargo se encontró solamente un 3,0% con una regular calidad de las Notas de Enfermería.

4.2. DISCUSIÓN.

En el gráfico N° 01, podemos observar que el 55,0% de las Historias Clínicas de la Unidad de Tratamientos Intermedios tienen una regular calidad en el registro de las Notas de Enfermería, seguido de un 45,0% con una mala calidad y 0% tienen buena calidad. según la tabla N° 01 donde se presenta el recuento de datos obtenidos y después del análisis de cada nota de enfermería de las 63 historias clínicas consideradas para el estudio, se evidencia que la notas de enfermería en la Unidad de Tratamientos Intermedios, tienen una regular calidad en donde se observa que el 55,0% de las Historia Clínicas de la Unidad de Tratamientos Intermedios, tienen una regular calidad en el registro

delas notas de enfermería, seguido de un 45,0% con una mala calidad y 0% tienen buena calidad. Por lo que se evidencia que las enfermeras no consideran normativa y aspectos muy importantes en la elaboración de la notas como para ser considerados estas de calidad en un 100%, es así que se afirma que las notas de enfermería de la Unidad de Tratamientos Intermedios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas no son de calidad y que se encuentra en proceso.

En la gráfico N° 02, observamos que en la prueba de evaluación con la variable, vemos que el 80,0% de las Historias Clínicas de la Unidad de Tratamientos Intermedios, la calidad de las notas de enfermería es regular según su dimensión estructura y el 20,0% tiene una mala calidad de las notas de enfermería, por lo que podemos decir que la mayoría no cumple con las normas necesarias para la elaboración de las anotaciones de enfermería en cuanto a su dimensión estructura donde la redacción de las notas debe ser continua, significativa, con letra legible, comprensible, ser clara y concisa, sin tacha, ni errores ortográficos, considerar fecha y hora según lo manifestado por las normas para la documentación y redacción de informes eficaces. Es decir las notas de enfermería en la Unidad de Tratamientos Intermedios en cuanto a su dimensión estructura son de regular calidad. Lo que indica que hay que mejorar la estructura de las notas de enfermería en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

En el gráfico N° 03, El 97,0% de las Historias Clínicas tienen una mala calidad, según su dimensión contenido, es decir las notas de enfermería de la Unidad de Tratamientos Intermedios, no consideran la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera, la aplicación el Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.) en el que se considera aspectos como: Valoración, diagnostico, planeamiento, ejecución y evaluación. Se encontró que solamente un 3,0% es de regular calidad de las notas de enfermería. Por lo tanto, no se está aplicando el Proceso de Atención de Enfermería en su totalidad.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

5.1. CONCLUSIONES.

1. A la problemática principal planteada en la presente investigación se demuestra que las notas de enfermería de la Unidad de Tratamientos Intermedios del INEN, correspondientes al segundo semestre del año 2016 no son de calidad. Por otro lado cabe indicar también que en general las Notas de Enfermería con un 55,0% son de regular calidad lo cual no se considera como una cifra significativa ante un 45,0% de mala calidad.
2. En cuanto a la estructura de las notas de enfermería de la Unidad de Tratamientos Intermedios estas se encuentran en regular calidad, dado que un buen porcentaje de las Notas de Enfermería consideran ciertos requisitos y normativas en la elaboración pero no suficientes como para ser consideradas de calidad, según las bases teóricas.
3. Las Notas de Enfermería en la Unidad de Tratamientos Intermedios no consideran el PAE en vista que el 97.0% de las Notas de

Enfermería en cuanto al contenido no consideran la aplicación de las etapas del Proceso de Atención Enfermería (PAE) lo cual es de suma importancia ya que es un método que permite al personal de enfermería prestar cuidados racional, lógica y sistemática el cual garantiza una atención de calidad hacia los pacientes. Así mismo se debe tomar en cuenta que en la actualidad el PAE se viene aplicando en los diferentes hospitales a nivel nacional.

5.2. RECOMENDACIONES.

1. Que los directivos del departamento de enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, impulsen la práctica de la elaboración de las anotaciones de enfermería, protocolizando el contenido de estas según la complejidad del estado del paciente e incentiven el interés del personal a través de un programa de reconocimiento a la calidad de las anotaciones de enfermería.
2. Que el Departamento de Enfermería y la unidad de calidad en los servicios de salud promuevan a nivel de los servicios la conformación de Comités de Supervisión, Monitoreo y Evaluación de la Calidad de los Registros de Enfermería, a fin de implementar y mejorar las Notas de Enfermería.
3. Que las Licenciadas en Enfermería apliquen el Proceso de Atención de Enfermería al 100% en los Registros ya que es el sustento legal para su trabajo y para brindar científicamente los cuidados de enfermería a los pacientes y lo norma la Ley del Enfermero.
4. Que las E.A.P. de Enfermería, utilice la información de estudio para proveer de estrategias educativas a ser implementadas en el plan curricular sobre la trascendencia de la elaboración de las anotaciones de enfermería para la seguridad del paciente.
5. Realizar investigaciones en otros hospitales, servicios similares a fin de poder establecer comparaciones de los resultados obtenidos.

5.3. LIMITACIONES.

1. La limitación que se tuvo para llevar acabo el presente trabajo fue la demora en la emisión de documentos para obtener los permisos tanto para la validación del instrumento de investigación como para la ejecución del proyecto en mención.
2. Las conclusiones del estudio no pueden ser generalizadas a todos servicios, pues sólo son válidas para las áreas críticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DUGAS, Barbely (2000). Tratado de Enfermería Practica. 4ª. Edición Mc-Graw – Hill - Interamericana. España. Pág. 98 – 99.
2. CARPENITO, Lynda J. (1994). Planes de Cuidado y documentación en Enfermería. 1ª Edición. Mc- Graw – Hill- Interamericana. Madrid- España. Pág. 117 – 119.
3. SÁNCHEZ S, Franco M, Ibarra A, Calidad de las anotaciones de enfermería del profesional de enfermería en el servicio de Neonatología del Hospital Regional José Cayetano Heredia, [Tesis Licenciatura en enfermería]. Universidad Nacional de Piura; 2002. Pag.15 - 16.
4. POTTER, P., GRIFFIN., A. (2002). Fundamentos de Enfermería. 5ª Edición. Volumen I. Editorial Harcourt – Brace. España – 2000. Pág. 185 – 187.
5. PECHO M, Proyecto de Auditoría en Enfermería. Hospital III José Cayetano Heredia. Es Salud – Piura, 2010. [Consultado Setiembre 28,2009].
6. MORALES LOAYZA, Sandra Carmela. “Calidad de las Notas de Enfermería en la UCI – Hospital Regional de Moquegua – Tacna 2011”. [Para optar el título de segunda especialidad: Cuidado enfermero en paciente crítico – mención en adulto]. Tacna – Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna. 2012.
7. MANCO MALPICA, A. “Características de las anotaciones de enfermería en el servicio de medicina del hospital Rezola – Cañete. Diciembre - 2010 ” [Para optar el título de especialista en enfermería en emergencias y desastres] Lima – Perú. UNMSM. 2010.
8. CONDEZO MARTEL, M. H. “La enseñanza aprendizaje y las anotaciones de Enfermería para una función profesional eficiente”. [Para optar el título de especialista en enfermería en emergencias y desastres] Lima – Perú. UPCH. 2008.

9. PECHO TATAJE, M. E. "Efectividad de un programa educativo en el mejoramiento del conocimiento y calidad de las anotaciones de enfermería en el Hospital Regional de Ica - 2003" [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Ica – Perú. UNSG 2010.
10. ANGLADE VIZCARRA, C. "Características de las anotaciones de enfermería y factores personales e institucionales asociados a su elaboración en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero 2006" [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2006.
11. LÓPEZ PÉREZ, C. J. "Evaluación de la calidad de las notas de enfermería en el área de hospitalización en una Clínica de tercer nivel de atención de la ciudad de Cartagena. Agosto 2012". [Tesis de grado para optar el título de enfermería]. Cartagena – Colombia. Corporación Universitaria Rafael Núñez. 2012.
12. TORRES S. M, ZARATE G, MATUS M. R. "Calidad de los registros Clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación". En Revista de Enfermería Universitaria ENEO – UNAM. 1º Edición. Editorial. Key Words . 2011 Vol 8. D.F. México. Pág. 17 – 18.
13. MARIOBO VACA, D. "Calidad de la hoja de registros de enfermería en el servicio de intervención del Instituto Nacional de Oftalmología. Diciembre 2007 - 2008". [Tesis para optar el título de magister de enfermería en medicina crítica y terapia intensiva]. La Paz – Bolivia. Universidad Mayor de San Andrés. 2008.
14. FREITES, D. y TORCATT, M. "Información que posee el profesional de enfermería que labora en las unidades clínicas de cirugía de Hospital Universitario de Caracas sobre los registros de enfermería". [Para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Caracas – Venezuela. Universidad Central de Venezuela. 2007.
15. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA: CONCEPTOS, PROCESO Y PRÁCTICA. KOZIER Barbara, GlenoraErb. Andre y Berman, Shirlee J.

Snyder. 7ma. Edición. Vol. I. Editorial: McGraw – Hill – Interamericano. España 2005.

16. BLUM M. Psicología industrial. Interamericana. México.1996
17. WOLMAN B. Diccionario de las ciencias de la conducta. Trillas. México. 1996,
18. BLUM M. Psicología industrial. Interamericana. México.1996.
19. BERNOCCHI, D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería, 2da Edición. Editorial Mc Graw Hill. México 2000.
20. URQUIZA R. Conceptos de Calidad en Salud. Evid. Actual. Práct. Ambul. 2004; 152 – 155.
21. Magistradas Prietas de Romano Gloria Inés, Chavarro Barreto María Teresa. Notas de enfermería; tribunal nacional ético de enfermería (01/05/2007).
22. BEARE/Myers. El Tratado de Enfermería Mosby. Primera edición. Colombia – Santa Fe de Bogotá: Editorial Mosby Doyna libros. 2005.
23. CORTÉS G. – Castillo F. “guía para elaborar Proceso, Registro, Protocolo y Cuidado de Enfermería” 3ra Edición Disponible URL: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii1_7.pdf. [Citado el 23 de agosto 2009]. Pag 15 - 18.
24. SÁNCHEZ C. H. Metodología y Diseños de la Investigación Científica. 2da Edición. 1996. Pg. 248.
25. CARRASCO DS. Metodología de la Investigación Científica. Lima, Perú: Editorial San Marcos; 2006. Pg. 474.
26. HERNÁNDEZ S, FERNÁNDEZ C, BAPTISTA LP. Metodología de la Investigación Científica. DF, México: Editorial Mc. Graw-Hill Interamericana Pg. 705. 2006. Pg. 705.

BIBLIOGRAFÍA

- ANGLADE VIZCARRA, Cynthia. “Características de las anotaciones de enfermería y factores personales e institucionales asociados a su elaboración en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero 2006” [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2006. Pág.
- BEARE/Myers. El Tratado de Enfermería Mosby. Primera edición. Colombia – Santa Fe de Bogotá: Editorial Mosby Doyna libros. 2005
- BERNOCCHI, D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería, 2da Edición. Editorial Mc Graw Hill. México 2000
- BLUM Milton. Psicología industrial. Interamericana. México.1996
- CARPENITO, Lynda J. (1994). Planes de Cuidado y documentación en Enfermería. 1ª Edición. Mc- Graw – Hill- Interamericana. Madrid- España.
- Carrasco DS. Metodología de la Investigación Científica. Lima, Perú: Editorial San Marcos; 2006. Pg. 474.
- CONDEZO MARTEL, MARINA HERMELINDA “La enseñanza aprendizaje y las anotaciones de Enfermería para una función profesional eficiente”. 2008
- CORTÉS G. y Castillo F. “Guía para elaborar Proceso, Registro, Protocolo y Cuidado de Enfermería” 3ra Edición Disponible URL: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii1_7.pdf. [Citado el 23 de agosto 2009]. Pag 15-18.
- DUGAS, Berbely (2000). Tratado de Enfermería Practica. 4ª. Edición Mc- Graw – Hill - Interamericana. España.
- FREITES, Dexi y TORCATT, Milagros. “Información que posee el profesional de enfermería que labora en las unidades clínicas de cirugía de Hospital Universitario de Caracas sobre los registros de enfermería”. [Para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Caracas – Venezuela. Universidad Central de Venezuela. 2007. Pág.76

- Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica. KOZIER Barbara, Glenora Erb. Andre y Berman, Shirlee J. Snyder. 7ma. Edición. Vol. I. Editorial: McGraw – Hill – Interamericano. España 2005.
- HERNÁNDEZ S, FERNÁNDEZ C, BAPTISTA LP. Metodología de la Investigación Científica. DF, México: Editorial Mc. Graw-Hill Interamericana Pg. 705. 2006. Pg. 705
- <http://www.monografias.com/trabajos70/correcto - llenado -registros - clínicos - enfermería/correcto - llenado - registros clínicos - enfermeria3.shtml#ixzz3p6uTPTDj>.
- LÓPEZ PÉREZ, Cinthia Joana. “Evaluación de la calidad de las notas de enfermería en el área de hospitalización en una Clínica de tercer nivel de atención de la ciudad de Cartagena. Agosto 2012”. [Tesis de grado para optar el título de enfermería]. Cartagena – Colombia. Corporación Universitaria Rafael Núñez. 2012. Pág.
- MANCO MALPICA, Antonia Maribel. “Características de las anotaciones de enfermería en el servicio de medicina del hospital Rezola – Cañete. Diciembre - 2010 ” [Para optar el título de especialista en enfermería en emergencias y desastres] Lima – Perú. UNMSM. 2010. Pág.
- MARIOBO VACA, Delma. “Calidad de la hoja de registros de enfermería en el servicio de intervención del Instituto Nacional de Oftalmología. Diciembre 2007 - 2008”. [Tesis para optar el título de magister de enfermería en medicina crítica y terapia intensiva]. La Paz – Bolivia. Universidad Mayor de San Andrés. 2008. Pág.
- MARIELA Elida, PECHO Tataje. “Efectividad de un programa educativo en el mejoramiento del conocimiento y calidad de las anotaciones de enfermería en el Hospital Regional de Ica - 2003”.
- MORALES LOAYZA, Sandra Carmela. “Calidad de las Notas de Enfermería en la UCI – Hospital Regional de Moquegua – Tacna 2011”. [Para optar el título de segunda especialidad: Cuidado enfermero en paciente crítico – mención en adulto]. Tacna – Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna. 2012. Pág.

- PECHO M, Proyecto de Auditoría en Enfermería. Hospital III José Cayetano Heredia. Es Salud – Piura, 2001. [Consultado Septiembre 28,2009]
- PRIETAS DE ROMANO, Gloria Inés, CHAVARRO BARRETO María Teresa (2007). Notas de enfermería; tribunal nacional ético de enfermería. Madrid - España
- POTTER, P., GRIFFIN., A. (2002). Fundamentos de Enfermería. 5ª Edición. Volumen I. Editorial Harcourt – Brace. España – 2000. Pág. 185 – 187.
- SÁNCHEZ S, Franco M, Ibarra A, Calidad de las anotaciones de enfermería del profesional de enfermería en el servicio de Neonatología del Hospital Regional José Cayetano Heredia, [Tesis Licenciatura en enfermería]. Universidad Nacional de Piura; 2002.Pag.15-18.
- SÁNCHEZ C. H. Metodología y Diseños de la Investigación Científica. 2da Edición. 1996. Pg. 248
- TORRES SANTIAGO, M, ZARATE GRAJALES, R.A, MATUS MIRANDA, R. “Calidad de los registros Clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación”. En Revista de Enfermería Universitaria ENEO – UNAM. 1º Edición. Editorial. Key Words . 2011 Vol 8. D.F. México. Pág. 17 – 18.
- URQUIZA R. Conceptos de Calidad en Salud. Evid. Actual. Práct. Ambul. 2004; 152-155
- WOLMAN Benjamín. Diccionario de las ciencias de la conducta. Trillas. México. 1996.

ANEXO

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO N° 01	Operacionalización de variables.
ANEXO N° 02	Matriz de consistência.
ANEXO N° 03	Instrumento de recolección de datos.
ANEXO N° 04	Validez del instrumento.
ANEXO N° 05	Confiabilidad del instrumento.
ANEXO N° 06	Matriz de codificación de datos.
ANEXO N° 07	Baremo y categorización de la Variable.
ANEXO N° 08	Análisis de fiabilidad.

ANEXO N° 01

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN DE VARIABLE	INDICADORES	ITEMS	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
Calidad de las Notas de Enfermería en la Unidad de Tratamientos Intermedios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - 2016.	Las notas de enfermería de calidad son el registro que recoge toda la información sobre las actividades de la enfermera referentes al cuidado de su paciente su tratamiento y su evolución. Esta información	Es toda aquella información escrita en la hoja de registro en el cual se consigna datos y toda la información sobre las actividades de la enfermera referentes al cuidado, tratamiento y evolución de su paciente. Esta información debe ser suficiente,		OBJETIVO	1. Coloca Nombre y Apellido completo del paciente. 2. Coloca Número de cama 3. Consigna fecha y hora. 4. Realiza la evaluación del estado general del paciente de manera céfalo caudal.	- Buena - regular - mala
					5. Respeta formato de la hoja de enfermería. 6. Las notas de enfermería reflejan exactitud y una adecuada redacción. 7. Hace uso de abreviaturas oficiales.	
			ESTRUCTURA	PRECISIÓN Y EXACTITUD		

	debe ser suficiente, clara, exactitud, confiabilidad como para permitir que otra enfermera asuma sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente. Se debe considerar su estructura y su contenido.	clara, exactitud y como para permitir que otra enfermera asuma sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente; considerando su estructura y su contenido. La cual fue obtenida a través de una lista de chequeo y cuya calidad va ser medida en Buena, Regular y Mala.		<p>8. Refleja presentación y sin enmendaduras.</p> <p>9. Registra con letra legible y clara</p> <p>10. Usa color de lapiceros oficiales de acuerdo al turno.</p> <p>11. Coloca firma y sello con registro de especialista.</p>	
			LEGIBILIDAD Y CLARIDAD	<p>12. No deja líneas en blanco en la nota.</p> <p>13. La información debe ser concisa.</p> <p>14. Coloca los valores de los signos vitales y/o registros hemodinámicos.</p> <p>15. Menciona procedimientos especiales realizados.</p>	
			ORGANIZADO	16. Su anotación es ordenada según el SOAPIE.	
			VALORACIÓN	17. Registra los datos subjetivos que obtiene	- Buena - Regular

				de la entrevista con el paciente. 18. Registra los datos objetivos que obtiene durante la observación.	- Mala
				19. Formula adecuadamente los diagnósticos de enfermería, utilizando etiquetas diagnósticas del NANDA.	
				20. Establece resultados esperados en base al problema (NOC)	
				21. Establece las intervenciones de enfermería en base a la etiología. (NIC).	
				22. Evalúa las intervenciones de enfermería en base a los resultados esperados (NOC).	

ANEXO N° 02

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA
Calidad de las Notas de Enfermería en la Unidad de Tratamientos Intermedios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - 2016.	¿Cuál es la calidad de las Notas de Enfermería en la Unidad de Tratamientos Intermedios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - 2016?	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la calidad de las notas de enfermería en la Unidad de tratamientos Intermedios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - 2016</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la calidad en la estructura las notas de enfermería. • Identificar la calidad del contenido de las notas de enfermería. 	<p>Hipótesis de investigación (Hi): Las notas de enfermería según su estructura y contenido en la Unidad de Cuidados Intensivos del INEN son de buena calidad.</p>	<p>Variable: Calidad de las Notas de Enfermería.</p>	<p>Diseño: No Experimental - Descriptivo</p>	<p>1. TIPO DE ESTUDIO: Cuantitativa y de corte transversal</p> <p>2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN Descriptiva</p> <p>3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo, estadístico y bibliográfico.</p> <p>4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: La técnica que se utilizará para la recolección de datos será el análisis de documentos, cuyo instrumento es la lista de chequeo</p>	<p>Población: 137</p> <p>Muestra: 63</p> <p>Muestreo: Probabilístico aleatorio simple.</p>

[illegible]

ANEXO N° 03

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, decana de américa)
FACULTAD DE MEDICINA - UNIDAD DE POSTGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN DE
ENFERMERÍA

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

LISTA DE CHEQUEO

OBJETIVO: Obtener información acerca de las acciones realizadas por la enfermera durante un turno de trabajo consignadas en las anotaciones de enfermería, basado en el Proceso de Atención de Enfermería.

INSTRUCCIONES: A continuación se le presenta una serie de enunciados a lado derecho de la hoja, marque con un aspa según corresponda:

SI : Realiza las acciones del enunciado.

NO: No realiza las acciones del enunciado.

FECHA:/...../.....

N°H.CI:.....

SERVICIO:

TURNO:

CARACTERÍSTICA DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA			CRITERIOS A TENER EN CUENTA
	SI	NO	
1. Coloca Apellidos y Nombres completo de paciente.			Apellidos y Nombres completo de paciente.
2. Coloca número de cama.			Numero de cama correspondiente al paciente.
3. Consigna Fecha y hora.			Emplea el horario de 24 horas.
4. Realiza la evaluación del estado general del paciente			El registro debe contener información, descriptiva (céfalo - caudal) es decir lo que el profesional de enfermería ve, oye siente, huele por ejemplo respiraciones 16 por minuto, regulares pulmones limpios.
5. Respeta formato de enfermería.			Hace uso de la hoja N° 12 de la institución (INEN)
6. Las notas de enfermería reflejan exactitud y una adecuada redacción.			La información debe ser exacta ej.: "herida abdominal de 6 cm de longitud, sin enrojecimiento" es más exacta y descriptiva que "Gran herida abdominal esta cicatrizando bien".
7. Hace uso de abreviaturas oficiales			No utilizar abreviaturas o símbolos:

			Porque pueden confundir ejm O.D. (once daily, una vez al día) puede ser interpretado como ojo derecho, oído derecho.
8. Refleja presentación y sin enmendaduras.			No usa borrador, liquid paper; porque es observado legalmente. Tachar o poner entre paréntesis "no valido" y firmar al costado en caso de equivocación: ej. Se administró mylanta (Se administró mylanta) no valido.
9. Refleja con letra legible y clara.			Para aumentar la exactitud de la documentación de igual manera una letra legible ayuda a conocer la información, se recomienda usar letra imprenta cuando no es legible
10. Usa color de lapiceros oficiales de acuerdo al turno.			Anotar con tinta azul para turnos de mañana y tarde y tinta roja para turnos de noche.
11. Coloca firma y sello con registro de especialista.			Debe terminar el registro con la firma y sello así como con el N° del colegio profesional: la firma de la enfermera debe ser completa como figura en su DNI.
12. No deja líneas en blanco en la nota.			No dejar espacio entre un registro y otro: porque puede ser llenado sin corresponder.
13. La información debe ser concisa.			La información debe ser breve, evitar palabras innecesarias ej.: "Paciente con los dedos del pie izquierdo que se perciben bien calientes"
14. Coloca los valores de los signos vitales y/o registros hemodinámicos.			Estos datos se deben de consignar de acuerdo a los parámetros establecidos según la unidad de medida correspondiente.
15. Menciona procedimientos especiales realizados			Colocación de dispositivos médicos invasivos y no invasivos y exámenes especiales
16. Su anotación es ordenada según el SOAPIE.			La información debe seguir un orden, las notas desordenadas no ayudan, confunden para ello se ha establecido por MURPHY, BURKE (1990) en el siguiente orden: S= subjetivo

			O= Objetivo A= análisis o diagnostico P= plan o objetivo del plan I= intervención E= evaluación o resultado esperado.
CARACTERÍSTICA DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA			Observaciones
CONTENIDO	SI	NO	
I. VALORACIÓN: 17. Registra los datos subjetivos relevantes que obtiene en la entrevista con el paciente			El registro debe contener información obtenida del interrogatorio y que solo es apreciado por la paciente ej. la paciente refiere: "Tengo dolor abdominal"
18. Registra los datos objetivos que obtiene durante la valoración.			La valoración física debe ser de manera céfalo – caudal.
II. DIAGNOSTICO: 19. Formula adecuadamente los diagnósticos de enfermería.			Plantea los diagnósticos de enfermería, haciendo uso de etiquetas diagnosticas del NANDA.
III. PLANEAMIENTO: 20. Establece los resultados esperados en base al problema (NOC)			Tras la valoración del paciente y una vez identificados los problemas de salud y formulado el diagnostico enfermero, habrá que elegir los resultados.
IV. EJECUCIÓN: 21. Establece las intervenciones de enfermería en base a la etiología. (NIC).			Todo tratamiento basado en el conocimiento y el juicio clínico para obtener resultados sobre el paciente, los cuales incluyen tanto cuidados directos como indirectos.
V. EVALUACIÓN: 22. Evalúa las intervenciones de enfermería en base a los resultados esperados (NOC)			Refleja la efectividad de las intervenciones que realiza el personal de enfermería de manera independiente.

ANEXO N° 04
VALIDEZ DEL INSTRUMENTO
PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	JUEZ1	JUEZ2	JUEZ3	JUEZ4	JUEZ5	JUEZ6	JUEZ7	p VALOR
1	1	1	1	1	1	1	1	0.0078125
2	1	1	1	1	1	1	1	0.0078125
3	1	1	1	1	1	1	0	0.0546875
4	1	1	1	1	1	1	1	0.0078125
5	1	1	1	1	1	1	1	0.0078125
6	0	1	1	1	1	1	1	0.0546875
7	0	1	1	0	1	1	1	0.1640625
								0.3046875

Prueba binomial: $0.30 / 7 = 0.043$

PORCENTAJE DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES
EXPERTOS

ITEMS	JUEZ1	JUEZ2	JUEZ3	JUEZ4	JUEZ5	JUEZ6	JUEZ7
1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	0
4	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1
6	0	1	1	1	1	1	1
7	0	1	1	0	1	1	1

Total de respuestas: 49

Total de acuerdos: 44

Total de desacuerdos: 04

Grado de concordancia: $b = ta / ta + td \times 100$

$$b = 45 / 45 + 04 \times 100$$

$$b = 45 / 49 \times 100$$

$$b = 0.91 \times 100$$

$$b = 91 \%$$

El resultado es que el 91% de los resultados de los jueces concuerdan, considerándose valido el instrumento, cuanto sea mayor al 70% o cercano al 100%.

ANEXO N° 05

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La confiabilidad del instrumento estructura fue determinada mediante el “Coeficiente de KUDER RICHARSON” (K).

CONTACTOS	ITEMS																						SUMA
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	
1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	12
2	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	9
3	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	9
4	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	12
5	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	11
6	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7
7	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	10
8	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	9
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
10	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	8
11	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
	8	10	11	11	7	5	6	9	6	5	2	11	8	10	7	4	2	7	2	2	2	2	
p	0.64	0.8	0.9	0.9	0.55	0.4	0.5	0.7	0.5	0.36	0.09	0.9	0.6	0.82	0.5	0.3	0.1	0.5	0.09	0.091	0.09	0.09	varianza total
1-p	0.36	0.2	0.1	0.1	0.45	0.6	0.5	0.3	0.5	0.64	0.91	0.1	0.4	0.18	0.5	0.7	0.9	0.5	0.91	0.909	0.91	0.91	columna
p(1-p)	0.23	0.1	0.1	0.1	0.25	0.2	0.2	0.2	0.2	0.23	0.08	0.1	0.2	0.15	0.2	0.2	0.1	0.2	0.08	0.083	0.08	0.08	33.2

sumatoria	9.55
-----------	------

APLICANDO LA FORMULA

$$r = \left(\frac{k}{k - 1} \right) \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k p_i (1 - p_i)}{S^2} \right]$$

Dónde:

r : es el coeficiente Kuder – Richardson

K : es el número de ítems del cuestionario

p : es la proporción de personas que contestaron bien el ítem

S^2 : es la Varianza del total

$p(1-p)$: Varianza del ítem

Remplazando de la siguiente manera:

$$r = (22 / 22 - 1) (1 - 9.55 / 33.9)$$

$$r = (22 / 21) (1 - 0.28)$$

$$r = (1.04) (0.72)$$

$$r = 0.74$$

CONFIABILIDAD	VALOR	ITEM VALIDOS
Kuder Richarson	0.74	22

El valor de los índices de consistencia interna se interpreta de la siguiente manera, cuanto mas cerca esté al valor de 1 habrá una mayor consistencia interna; se considera adecuado a partir de 0.7.

Por lo que el presente instrumento de investigación se considera CONFIABLE.

ANEXO N° 06

MATRIZ DE CODIFICACIÓN DE DATOS

ÍTEMS ESTRUCTURA																		ÍTEMS CONTENIDO							
N°	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	TOTAL	P17	P18	P19	P20	P21	P22	TOTAL	
1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	10	0	1	0	0	0	0	13
2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	12	0	1	0	0	0	0	13
3	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	11	0	1	0	0	0	0	12
4	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	11	0	1	0	0	0	0	12
5	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	10	0	1	0	0	0	0	11
6	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	9	0	1	0	0	0	0	10
7	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	12	0	1	0	0	0	0	13
8	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	11	0	1	0	0	0	0	12
9	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	12	0	1	0	0	0	0	13
10	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	9	0	0	0	0	0	0	9
11	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	9	0	1	0	0	0	0	10
12	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	9	0	0	0	0	0	0	9
13	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	10	0	1	0	0	0	0	11
14	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	10	0	1	0	0	0	0	11
15	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	10	0	1	0	0	0	0	11
16	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	10	0	1	0	0	0	0	11
17	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	10	0	0	0	0	0	0	10
18	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	12	0	1	0	0	0	0	13

19	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	10	0	1	0	0	0	0	11
20	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	9	0	0	0	0	0	0	0	9
21	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	11	0	0	0	0	0	0	0	11
22	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	12	0	1	0	0	0	0	0	13
23	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	12	0	1	0	0	0	0	0	13
24	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	10	0	0	0	0	0	0	0	10
25	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	13	0	1	0	0	0	0	0	14
26	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	10	0	1	0	0	0	0	0	11
27	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	9	0	1	0	0	0	0	0	10
28	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	11	0	1	0	0	0	0	0	12
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	13	0	1	0	0	0	0	0	14
30	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	13	0	1	0	0	0	0	0	14
31	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	9	0	0	0	0	0	0	0	9
32	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	11	0	0	0	0	0	0	0	11
33	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	11	0	1	0	0	0	0	0	12
34	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	8	0	1	0	0	0	0	0	9
35	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	9	0	0	0	0	0	0	0	9
36	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	11	0	1	0	0	0	0	0	12
37	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	10	0	1	0	0	0	0	0	11
38	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	7
39	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	9	0	1	0	0	0	0	0	10
40	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	9	0	0	0	0	0	0	0	9
41	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	1	1	1	1	1	1	1	22

42	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	8	0	0	0	0	8
43	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	6	0	0	0	0	6
44	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	1	1	1	1	1	22
45	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	8	0	0	0	0	0	8
46	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	11	0	1	0	0	0	12
47	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	13	0	1	0	0	0	14
48	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	9	0	0	0	0	0	9
49	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	11	0	1	0	0	0	12
50	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	10	0	0	0	0	0	10
51	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	9	0	0	0	0	0	9
52	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	13	0	1	0	0	0	14
53	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	10	0	0	0	0	0	10
54	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	11	0	1	0	0	0	12
55	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	10	0	0	0	0	0	10
56	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	11	0	1	0	0	0	12
57	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	12	0	0	0	0	0	12
58	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	11	0	1	0	0	0	12
59	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	10	0	1	0	0	0	11
60	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	11	0	1	0	0	0	12
61	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	10	0	0	0	0	0	10
62	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	10	0	1	0	0	0	11
63	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	10	0	1	0	0	0	11

ANEXO N° 07

BAREMO Y CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE

Para realizar los baremos se utiliza la siguiente formula:

$$\text{INTERVALO} = \frac{\text{Valor máximo} - \text{Valor mínimo}}{\text{N° de respuestas}}$$

$$\text{Valor máximo} = \text{N° de preguntas} \times \text{N° de codificaciones}$$

$$\text{Valor mínimo} = \text{N° de preguntas} \times 1$$

Desarrollando el baremo para la variable Calidad de las Notas de Enfermería.

$$\text{Valor máximo} = 22 \times 3 = 66$$

$$\text{Valor mínimo} = 22 \times 1 = 22$$

$$\text{INTERVALO} = \frac{66 - 22}{3} = 14.6$$

CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA.

CATEGORIZANDO	INTERVALO
BAJO	[22 – 37]
MEDIO	[38 – 51]
ALTO	[52 – 66]

ANEXO N°08

ANÁLISIS DE FIABILIDAD

Escala: LA VARIABLE

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	63	100,0
Casos Excluidos	0	,0
Total	63	100,0

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,894	22

Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
Coloca Apellidos y Nombres completo de paciente.	,6984	,46263	63
Coloca número de cama.	,9524	,21467	63
Consigna Fecha y hora.	,9841	,12599	63
Respeta formato de la hoja de enfermería.	,9841	,12599	63
Realiza la evaluación del estado general del paciente.	,6667	,47519	63
Las notas de enfermería reflejan exactitud y una adecuada redacción.	,4603	,50243	63
Refleja presentación y sin enmendaduras.	,6190	,48952	63
Hace uso de abreviaturas no oficiales.	,5238	,50344	63
No deja líneas en blanco en la nota.	,5873	,49627	63
Registra con letra legible y clara.	,5397	,50243	63

Su anotación es ordenada y completa, según el SOAPIE	,0317	,17673	63
Usa color de lapiceros oficiales de acuerdo al turno.	,9841	,12599	63
Coloca firma y sello con registro de especialista	,2857	,45538	63
La información debe ser concisa	,8413	,36836	63
Coloca los valores de los signos vitales y/o registros hemodinámicos.	,7937	,40793	63

Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
Menciona procedimientos especiales realizados	,5238	,50344	63
Registra los datos subjetivos que obtiene de la entrevista con el paciente.	,0317	,17673	63
Registra los datos objetivos que obtiene durante la observación.	,6667	,47519	63
Formula adecuadamente los diagnósticos de enfermería, utilizando etiquetas diagnosticas del NANDA.	,0317	,17673	63
Establece los resultados esperados en base al problema (NOC)	,0317	,17673	63
Establece las intervenciones de enfermería en base a la etiología. (NIC).	,0317	,17673	63
Evalúa las intervenciones de enfermería en base a los resultados esperados (NOC).	,0317	,17673	63

INTERPRETACIÓN

Mientras más cercano a 1.00 sea el resultado del Alfa de Cronbach mayor grado de relación existe entre las variables en nuestro caso es de 0.894 mayor al valor mínimo permitido 0.60, por lo tanto existe un grado de relación significativamente alto entre nuestras variables.